UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNÉE 1961 N° 23

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET ELEMENTS DE PRONOSTIC DE LA READAPTATION PROFESSIONNELLE DES PSYCHOPATHES ET DES ANORMAUX MENTAUX

Travail de la Clinique Neuro-Psychiatrique (Pr. RISER)
et de la Chaire de Médecine du Travail et de Médecine Légale (Pr. PLANQUES)
de la Faculté de Médecine de Toulouse

THESE

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement en Avril 1961

PAR

CLAUDE BARDIS

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

MEMBRES DU JURY

MM. RISER, *Président*
PLANQUES
CÉRAUD
GAYRAL
Assesseurs
GREZES-RUEFF, *Suppléant.*

IMPRIMERIE PARISIENNE
16, Place du Salin 16
TOULOUSE

1961

Facteurs Psychologiques et Eléments de Pronostic

de la

Réadaptation Professionnelle

des

Psychopathes et des Anormaux Mentaux

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548920_0115

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNÉE 1961 N° 23

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET ELEMENTS DE PRONOSTIC DE LA READAPTATION PROFESSIONNELLE DES PSYCHOPATHES ET DES ANORMAUX MENTAUX

Travail de la Clinique Neuro-Psychiatrique (Pr. RISER)
et de la Chaire de Médecine du Travail et de Médecine Légale (Pr. PLANQUES)
de la Faculté de Médecine de Toulouse

THESE

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement en Avril 1961

PAR

CLAUDE BARDIS

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

MEMBRES DU JURY

MM. RISER, *Président*
PLANQUES
CÉRAUD
GAYRAL
Assesseurs
GREZES-RUEFF, *Suppléant.*

IMPRIMERIE PARISIENNE
16, Place du Salin 16
TOULOUSE

1961

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN.	M.	LAZORTHES
ASSESSEUR.		CAUJOLLE
Doyens Honoraires.	MM.	GORSE
		CALVET
		LEFEBVRE
Professeurs honoraires. . . .	MM.	VALLOIS
		CLERMONT
		DUCUING
		RIBAUT
		NANTA
		TAPIE
		BRUSTIER

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique Médicale.	MM.	MERIEL
Clinique Médicale.		GADRAT
Clinique chirurgicale et gynécologique.		FABRE (P.)
Clinique chirurgicale et du Cancer.		GRIMOUD
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie.		VIRENQUE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . .		BAZEX
Clinique des maladies de la Tuberculose et Pathologie interne.		MOREL
Clinique des maladies des voies urinaires.		N...
Clinique médicale infantile et Puériculture.		SOREL
Clinique de Neurologie et Psychiatrie.		RISER
Clinique obstétricale.		GUILHEM
Clinique odonto-stomatologique.		CADENAT (E.)
Clinique ophtalmologique. .		CALMETTES
Clinique O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale.		CALVET
Clini q. traumatolog. des membres		RIEUNAU
Accouchement et obstétricie sociale		PONTONNIER
Anatomie.		LAZORTHES
Anatomie appliquée.		POULHES
Anatomie pathologique. . .		FABRE (J.)
Bactériologie, Hygiène et Médecine sociale.		ANDRIEU
Chimie biologique.		VALDIGUIE
Electro-Radiologie.		MARQUES
mbryologie generale.....		BROUSSY
Histologie.		BIMES
Hydrologie thérapeutique et climatologie.		DARNAUD
Médecine Légale du Travail		PLANQUES
Médecine Sociale.		BOUNHOURE
Parasitologie.		BOUISSET
Pathologie chirurgicale. . .		N...
Pathologie générale et Médecine expérimentale. . .		SENDRAIL
Physico-Chimie.		AUVERGNAT
Physiologie appliquée et Pharmacologie.		BAISSET
Physique biologique et médicale.		BUGNARD
Propédeutique médicale. . .		GERAUD
Thérapeutique.		DARDENNE

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée.	MM.	COULOUMA
Pathologie médicale.		LAPORTE (J.)

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Bactériologie.	Mme	ENJALBERT
Physiologie.		LAPORTE (Y.)
Biochimie médicale.	MM.	DOUSTE-BLAZ
Physique médicale.		BRU

MAITRES DE CONFERENCES AGREGE

Anatomie Pathologique. . . .	BOUISSOU
Histologie et Embryologie....	PLANEL
Parasitologie.	RUFFIE (J.)
Physiologie.	MONTASTRUC

AGREGES

Pathologie médicale.	MM.	MONNIER
		RIBAUT
		DELAUDE
		CALAZEL
Pathologie chirurgicale. . .		ENJALBERT
		FICAT
		PASQUIE
		SOUQUET
Médecine légale		GREZES-RUEF
Odontostomatologie		CADENAT (H.
Pédiatrie		BARDIER
Rhumatologie.....		RUFFIÉ (R.)

AGRÉGÉS LIBRES

Anatomie	THOMAS
Ophtalmologie	DEODATI
Oto-Rhino-Laryngologie ...	CLAUX
Pathologie Chirurgicale ...	DAMBRIN
	DIEULAFE
Urologie.	LHEZ

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie.....Mme		DULUCQ-MATH
Chimie analytique, Toxicologie et Hygiène industrielle		N...
Chimie pharmaceutique. . .		BLANC
Histoire Naturelle.	MM.	DELAS
Matière Médicale.		VINCENT
Pharmacie chimique pharmacodynamie.....		CAUJOLLE
Pharmacie galénique.....		STANISLAS

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie.	M.	COUTURIER

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Sciences appliquées (Toxicologie).	M.	BOURBON
Sciences Naturelles.	Mlle	MEYNIER
	M.	ROUX

MAITRES DE CONFERENCES AGREGI

Microbiologie.....	MM.	BREUILLAUD
Sciences Physiques.	M.	PITET

PERSONNEL ADMINISTRATI

Secrétaire Principal.	M.	ROCHE
Secrétaire.	Mme	LAFFONT

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891)

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MA GRAND-MERE

A MON PERE, A MA MERE

A MON ONCLE, A MA TANTE

A TOUS LES MIENS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR RISER

Professeur de Clinique Neurologique,
Membre Correspondant National de l'Académie de Médecine,
Membre Honoraire de la Société Française de Neurologie,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Médaillé Militaire

À NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. PLANQUES

Professeur de Médecine Légale et de Médecine du Travail
Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GERAUD

Professeur de Propédeutique Médicale
Médecin des Hôpitaux
Membre Titulaire de la Société Française de Neurologie

MONSIEUR LE DOCTEUR L. GAYRAL

Chargé de Cours à la Faculté de Médecine,
à la Faculté des Sciences
et à la Faculté des Lettres et Sciences Humaines
Médecin des Hôpitaux Psychiatriques

MONSIEUR LE PROFESSEUR GREZES-RUEFF

Professeur Agrégé de Médecine Légale et de Médecine du Travail
Assistant des Hôpitaux

À NOS MAITRES DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES :

MONSIEUR LE DOCTEUR A. PERRET

Médecin-Directeur de l'Hôpital Marchant
Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR J. BASTIE

Médecin-Chef à l'Hôpital Marchant

MONSIEUR LE DOCTEUR R. ROELENS

Ancien Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine
Médecin-Chef à l'Hôpital Marchant

MONSIEUR LE DOCTEUR G. LACOSTE

Médecin-Directeur de l'Hôpital de Saint-Lizier

MONSIEUR LE DOCTEUR S. MAUDOUX

Médecin-Chef à l'Hôpital de Saint-Lizier

Nous présentons un travail qui nous a été confié par M. le Professeur RISER et par M. le Professeur PLANQUES.

Nous remercions M. le Professeur RISER qui nous a permis de recueillir de nombreuses observations dans son service et nous a fait bénéficier de son enseignement. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre respect.

M. le Professeur PLANQUES nous a fait l'honneur de nous accepter à sa consultation de Médecine du Travail. Nous le remercions pour l'intérêt qu'il nous a porté et pour la confiance dont il nous a gratifié.

M. le Docteur GAYRAL nous a guidé pas à pas dans ce travail et nous a fait profiter de son expérience et de son érudition. Nous avons bénéficié de l'amitié qu'il porte depuis de nombreuses années à notre famille. Nous voulons l'assurer de notre reconnaissance et de notre dévouement.

Nous tenons à remercier M^lle^ le Docteur STERN, co-rapporteur avec le Docteur GAYRAL, du fructueux rapport des Journées de Médecine du Travail - Toulouse - Octobre 1960 - sur l'Activité Professionnelle et le reclassement des psychopathes et des anormaux qui a servi de base à notre travail. Nous la remercions pour les conseils qu'elle nous a obligeamment donnés et pour l'aide bienveillante qu'elle nous a apportée, notamment dans le choix de nos observations.

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET ELEMENTS DE PRONOSTIC DE LA READAPTATION PROFESSIONNELLE DES PSYCHOPATHES ET DES ANORMAUX MENTAUX

PLAN

INTRODUCTION.

Chapitre premier :

L'ENQUÊTE :

1) Classement des Résultats de cette enquête et Définitions psychiatriques des cas.

2) Modes de cotation.

3) Réflexions et Remarques des Médecins correspondants.

Chapitre 2 :

PRISE DE CONNAISSANCE DES PROBLÈMES :

1) Les symptômes qui attirent l'attention.

2) Analyse nosologique.

3) Les facteurs adjuvants de désadaptation au travail chez les anormaux et les psychopathes.

Chapitre 3 :

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET NÉCESSITÉS MÉDICALES DE LA RÉADAPTATION DES ANORMAUX ET DES PSYCHOPATHES :

1) Facteurs tenant à l'individu.

2) Facteurs tenant à l'environnement.

Chapitre 4 :

DES RÉADAPTATIONS :

1) Réadaptation spontanée.

2) Reclassement officiel.

CONCLUSIONS.

INTRODUCTION

Un aspect essentiel de la maladie mentale est la perturbation des rapports du malade avec la Société. Les troubles dans le milieu du travail et dans la profession sont spécialement caractéristiques de cette altération de la vie sociale.

Dès le début de cette étude. deux notions doivent être soulignées :

I) *Le milieu de travail et l'exercice de la profession sont des révélateurs de psychopathie et d'anomalie mentale et des critères de guérison.*

En effet, c'est très souvent dans le milieu de travail et à l'occasion du travail que se manifestent les premiers symptômes de la psychopathie et que se dévoile l'anomalie. Dans ce cadre, les relations avec les autres demandent souvent une certaine souplesse, des heurts peuvent se produire avec les collègues, les supérieurs ou les subordonnés. D'autre part, les progrès de l'industrialisation ont, dans une certaine mesure, accru le nombre et l'importance des facteurs qui provoquent la fatigue physique et nerveuse de l'individu et qui perturbent son adaptation au travail.

Bien souvent, c'est dans l'exercice de sa profession que tel sujet présentera des troubles du caractère ou de l'humeur. Chez tel autre, on notera un manque de continuité dans l'effort contrastant avec le comportement habituel. Tel autre enfin se montrera négligent, commettra quelques fautes d'inattention ou quelques erreurs grossières qui frapperont l'entourage.

A l'issue de la maladie mentale, le travail et sa qualité pourront être considérés comme les témoins de l'efficacité de la thérapeutique.

II) *Le travail peut être l'occasion d'un cycle favorable d'adaptation ou de réadaptation*, ou inversement, l'amorce d'un cycle défavorable, pour les mêmes raisons.

Sans travail, psychopathes et anormaux mentaux se trouvent pris dans un cercle vicieux : l'inactivité professionnelle engendre de nouveaux conflits qui ne font qu'accentuer leurs troubles et, d'autre part, cette inactivité peut être parfois à l'origine d'un alcoolisme surajouté.

La réadaptation professionnelle des malades mentaux, lorsque les soins sont terminés et que le malade est considéré comme guéri, posent, d'autre part, les mêmes problèmes que ceux qui surgissent après une longue absence. Ce fut le cas des prisonniers en 1945. Les mêmes problèmes se posent chez les tuberculeux après une longue cure sanatoriale. Enfin, les jeunes, après le service militaire, peuvent également éprouver des difficultés de réadaptation.

Il était intéressant de faire une enquête sur l'acti-

vité professionnelle et le reclassement des psychopathes et des anormaux mentaux. C'est de cette enquête effectuée auprès des médecins du travail, des médecins de Caisse de Sécurité Sociale, des médecins d'établissements de réadaptation, associée aux observations de la Clinique neuro-psychiatrique de la Faculté que nous allons essayer de dégager les éléments de pronostic de reclassement et de réadaptation.

Chapitre premier

ENQUETE

Pour effectuer cette enquête, nous avons utilisé un questionnaire qui, joint à une lettre explicative, fut adressé aux anciens malades. Leur attitude mérite qu'on s'y attarde. Que ce soit des malades sortis de l'Hôpital Psychiatrique, ceux traités à la Clinique Neuro-Psychiatrique de la Faculté, ils furent, bien que la lettre soit imprimée, vivement intéressés.

Certains répondirent immédiatement, d'autres vinrent spontanément à la consultation pour répondre à nos questions de vive voix. Ils sont venus se présenter, considérant la lettre comme un témoignage direct d'intérêt personnel et nous ont relaté leur histoire depuis la sortie abandonnant souvent une réserve qu'ils avaient adoptée antérieurement dans le dialogue médecin-malade, très favorable à la reprise d'une éventuelle psychothérapie. Quelques-uns, paranoïaques rancuniers, refusèrent de prendre connaissance de notre lettre. Un autre enfin nous fit une réponse agressive : « Vous n'y connaissez rien..., il faut d'abord apprendre le métier ou le laisser à d'au-

tres plus qualifiés... ». D'autres en profitèrent pour exposer de nouveaux problèmes, certains enfin, pour solliciter une aide.

Nous avons pu revoir ainsi quelques déséquilibrés notamment, qui, depuis leur sortie, avaient pratiqué plusieurs métiers, avaient eu quelques ennuis avec la police, mené une vie instable, et se trouvaient sans domicile.

Bien entendu, toutes nos lettres ne reçurent pas de réponse et certaines nous furent retournées avec la mention : « inconnu à l'adresse indiquée ».

Le nombre de malades qui sont venus spontanément à la consultation nous montre la nécessité d'un service médico-social de suite des malades et l'importance d'un personnel stable dans les services et dans ces consultations de post-cure où le malade retrouve toujours le même médecin : il est tout de suite en confiance, il revient plus facilement car il sait qu'il est connu et qu'ainsi il n'aura pas à relater à nouveau « sa vie ». Il pourra venir chercher conseil.

Modèle de Fiche adressée aux Médecins d'Entreprises et aux Médecins Conseils de la Sécurité Sociale

RECLASSEMENT PROFESSIONNEL DES ANORMAUX MENTAUX

Fiche remplie par

Le

LE MALADE

NOM, prénom

Date de naissance

Profession actuelle

Situation de famille (célibataire, marié, divorcé, veuf)

Enfants : âge et vie professionnelle

NATURE DE L'ANOMALIE

Débilité mentale

Troubles caractériels et déséquilibre psychique, déprimé, cyclothymique

psychose et schizophrénie améliorée ou guérie

grand anxieux, obsédé psychasthénique

névrosé, psychosomatique, petit hypochondriaque, cénestopathe, divers (préciser l'étiquette nosographique ou les troubles du comportement).

Histoire de la maladie

Fonds psychologique habituel

Evolution (continue, cyclique)

Préciser les épisodes pathologiques antérieurs :

Durée

Nature

Arrêt du travail

Maladie actuelle, traitement en cours

Vie professionnelle

Niveau d'instruction

Formation professionnelle

Quelle nature

Quelle qualification

Professions exercées avant la maladie

Postes et places successives
Arrêts du travail

Quand ?

Pourquoi ?

Combien de temps ?

Accidents du travail

Quand ?

Dans quelles circonstances ?

Arrêts du travail ?

Pension ? Préciser le taux

PROFESSION EXERCÉE APRÈS LA MALADIE

Postes

Arrêts du travail

Quand ?

Combien de temps ?
Pourquoi ?
Revenus par rapport à la période précédant la maladie

RÉÉDUCATION PROFESSIONNELLE

Par quelle filière ?

officielle, conseils...

Dans quelle profession

Dans quelles conditions

Internat payé

A titre externe

Pendant combien de temps

Interruptions au cours de l'apprentissage

Maladie

Difficultés d'adaptation

Divers

Adaptation à la sortie

Profession exercée régulièrement

Profession exercée par intermittence, pourquoi ?

Profession non exercée

sujet travaille dans une autre profession

ne travaille pas

DIVERS

CONCLUSION

Reclassement réussi : le sujet subvient à ses besoins et ceux des siens

Echec : ne travaille pas

Médiocre : travaille par intermittences

Modèle de Fiche adressée aux anciens malades de la Clinique neuro-psychiatrique de la Faculté avec la lettre d'accompagnement

VEUILLEZ NOUS DONNER ICI VOTRE REPONSE

Nom, prénom

Age

Profession actuelle

Situation de famille (célibataire, marié, veuf, divorcé ou séparé)

***

Avant d'être malade

Quels diplômes aviez-vous (Certificat d'études, C.A.P., etc...), ou apprentissage

Quelles professions exerciez-vous ? Quel était votre poste de travail ?

Avez-vous changé de place ? de profession ?

Combien de fois ?

Dans quelles circonstances

Avez-vous été obligé d'arrêter le travail ?

Combien de temps ?

Combien de fois ?

Pour quelles maladies ?

Avez-vous eu des Accidents du travail ?

Etes-vous pensionné pour cela ?

A quel taux ?

Quand ?

Dans quelles circonstances ?

Pendant combien de temps avez-vous arrêté le travail ?

⁂

APRÈS LA MALADIE

Au bout de combien de temps avez-vous repris le travail ?

Avez-vous retrouvé votre place ?

Avez-vous fait le même travail ?

Sinon, lequel ?

Pourquoi ?

Avez-vous changé d'employeur ?

Avez-vous changé de profession ?

Si oui, qu'avez-vous fait ?

Combien de places avez-vous occupé ?

Du fait de la maladie, avez-vous moins gagné ?

Depuis la sortie de notre établissement, êtes-vous retombé malade ?

Avez-vous eu besoin de soins à l'hôpital ou en clinique ?

Si oui :

Pendant combien de temps ?

Où

Lesquels

Combien de fois ?

Avez-vous fait une rééducation ou une formation professionnelle accélérée ?

Laquelle ?

Par quelle filière y êtes-vous entré ? Privée, conseils, officielle

Dans quelle profession ?

Dans quelles conditions ?

Internat payé

A titre externe

Pendant combien de temps ?

Interruptions au cours de l'apprentissage

Par suite de maladie

Lesquelles ?

Combien de temps ?

En raison de difficultés d'adaptation

Pour d'autres raisons

Avez-vous trouvé du travail à la sortie ?

Exercez-vous régulièrement la nouvelle profession

par intermittences ?

pas du tout

pour quelles raisons ?

Votre nouveau métier vous procure-t-il un salaire au moins égal à l'ancien ?

Suivez-vous un traitement médical ?

Lequel ?

Depuis quand ?

DIVERS

Lettre d'accompagnement

Le .....

M .....

Vous avez été hospitalisé dans notre service le .... *Il y a déjà quelque temps que nous n'avons pas eu de vos nouvelles. Nous serions heureux si vous vouliez bien nous répondre au questionnaire ci-joint qui a un caractère strictement confidentiel.*

Nous faisons actuellement une enquête pour savoir comment vont nos anciens malades et surtout comment ils parviennent à surmonter les difficultés de la reprise du travail après la maladie. Si vous voulez bien répondre à nos questions, vous nous aidez à nous occuper dans l'avenir plus efficacement de certains malades. Si vous avez à nous faire part de certaines difficultés rencontrées ou d'une autre remarque qui vous paraît utile, veuillez l'ajouter sous la rubrique « divers ».

Enfin si, au lieu de remplir cette fiche, vous préférez venir nous revoir, nous serions très heureux de nous entretenir avec vous.

Veuillez croire, M ..... *à nos sentiments les meilleurs.*

1. — Classement des résultats de cette enquête et définitions psychiatriques des cas

L'enquête effectuée auprès des médecins du travail a fourni 349 observations. Sont venues s'y ajouter :

- 195 observations de la Clinique de Neuro-Psychiatrie de Toulouse (Pr. Riser) ;
- 77 observations de malades traités dans une Clinique privée ;
- 51 observations d'une consultation d'hygiène mentale à Revel ;
- 40 observations de fonctionnaires en congé de longue durée ;
- 37 observations de malades traités dans un Hôpital Psychiatrique ;
- 30 observations de schizophrènes suivis après cure de Sakel ;
- 15 observations de malades ayant subi une lobotomie frontale.

Au total, nous avons recueilli 794 observations que nous avons classées d'une manière simple, en distinguant :

I. — *Les débiles mentaux :*

Leur niveau mental bas n'est d'ailleurs pas seul à considérer, d'autres anomalies mentales ou physiques, très souvent coexistantes, posent le plus de problèmes. Nous y reviendrons.

II. — *Les psychopathes :*

1) Les cyclothymiques, déprimés mélancoliques ou maniaques ;

2) Les délirants : délire au début ou délire en secteur ;

3) Les schizophrènes en période de rémission ou guéris ;

4) Les déments au début.

III. — *Les anormaux mentaux :*

Dans ce groupe, nous envisageons les individus qui présentent des difficultés de réadaptation caractérisées qu'ils sont incapables de surmonter ou de compenser. Ce sont des sujets qui, sans être de réels psychopathes, posent par leur comportement, des problèmes d'adaptation et en particulier d'adaptation professionnelle. Ils sont bien connus des médecins du travail.

1) Les névrosés anxieux et les obsédés ;

2) Les hypocondriaques ;

3) Les « caractériels » : paranoïaques, impulsifs, susceptibles ;

4) Les dysharmoniques « personnalité psychopathique des anglo-saxons ».

Nous avons éliminé de notre enquête les pervers, les alcooliques, les porteurs de troubles mentaux post-traumatiques.

Voici comment se répartissent les observations :

77 débiles mentaux,
45 caractériels,
110 dysharmoniques,
44 psychasthéniques et obsédés,
81 hypocondriaques,
58 petits anxieux,
50 schizophrènes,
20 névroses psychosomatiques,
165 cyclothymiques,
49 cas de délires chroniques,
10 cas d'épisode polymorphe ou de psychose délirante aiguë à répétition,
28 cas de démence au début, dont 7 paralysies générales,
12 cas de manie itérative isolée,
15 cas de lobotomie,
30 cas de schizophrénie après cure de Sakel.

2. — Mode de cotation

Pour juger la valeur de l'adaptation et la réadaptation, nous avons utilisé un mode de cotation simple en accordant :

La note N (travail normal) lorsque l'activité professionnelle est normale. A noter que dans certains cas, les plus nombreux, l'anomalie et la psychopathie étaient connues mais que, dans d'autres, l'anomalie ou la psychopathie ont pu être une découverte d'examens systématiques.

La note D (déficit capacitaire professionnel, diminution). L'activité professionnelle est perturbée de façon partielle ou intermittente, le travail irrégulier, le rendement diminué, l'adaptation difficile.

La note I (incapacité) lorsque l'anomalie ou la psychopathie empêchent toute activité professionnelle.

Il s'agit, bien entendu, de travailleurs effectifs, contrôlés. En effet, il ne fallait pas inclure dans ces observations les réadaptations en milieu familial lorsque les parents, l'époux ou les enfants, prennent le malade à charge et ne lui laissent faire que quelques petits travaux ménagers.

Cette cotation nous permet d'établir le tableau suivant :

Débiles mentaux et oligophrènes 77 cas	17 N 60 D
Caractériels 45 cas	10 N 20 D 15 I
Dysharmoniques 110 cas	12 N 79 D 19 I
Psychasthéniques et obsédés 44 cas	22 N 18 D 4 I
Hypocondriaques 81 cas	8 N 41 D 32 I

Hyper-émotifs, petits anxieux 58 cas	44 N 14 D
Schizophrènes 50 cas	16 N 21 D 13 I
Névrose psychosomatique 20 cas	8 N 8 D 4 I
Dépression, mélancolie 165 cas	108 N 41 D 16 I
Délire chronique 49 cas	11 N 29 D 9 I
Episode polymorphe à répétition, Psychose aiguë itérative 10 cas	2 N 8 D
Démence au début 28 cas	10 D 18 I
Manie à répétition. 12 cas	3 N 6 D 3 I

Pour avoir une idée plus précise des capacités d'adaptation et de réadaptation de ces divers malades, nous avons établi, pour chaque catégorie, le pourcentage que voici sous forme de tableau :

	Note N %	*Note D* %	*Note I* %
Débiles mentaux, oligophrènes	22,2	77,8	0
Caractériels	22,3	44,4	33,3
Dysharmoniques, personnalité psychopathique .	10,9	71,9	17,2
Psychasthéniques obsédés.	50	41,1	8,9
Hypochondriaques	9,8	50,6	39,6
Hyper-émotifs anxieux ..	75,8	24,2	0
Schizophrènes	32	42	26
Névrose psycho-somatique	40	40	20
Dépression, mélancolie ..	65,4	24,7	9,9
Délire chronique	22,6	59	18,4
Episode polymorphe	(20) (*)	(80) (*)	(0) (*)
Démence au début	0	35	65
Manie à répétition	(25) (*)	(50) (*)	(25) (*)

(x) Trop peu de cas pour apprécier justement.

3. — Réflexions et remarques des médecins correspondants

De nombreux médecins du travail ont répondu à cette enquête et on doit reconnaître que leurs remarques sont souvent peu encourageantes. Les résultats dans le reclassement des handicapés psychiques leur semblent bien médiocre. Voici ce qu'ils écrivent :

« ...Nous avons de très grosses difficultés pour les placer et l'on peut dire que pratiquement un reclassement est impossible. » (Nord.)

« ...Les employeurs, dans la crainte du devenir pathologique, sont réticents et reculent devant la responsabilité de garder à leurs effectifs des handicapés dont l'état paraît inconciliable avec un travail normal... » (Nord.)

⁂

« ...C'est dans *l'instabilité* même de ces malades au travail que se rencontre la première difficulté de leur reclassement. » Et ce médecin cite l'exemple d'un petit mental pour lequel dix-huit fois, en trois ans, le Bureau de la Main-d'Œuvre avait procuré un emploi. (Nord.)

⁂

« ...Un défaut de présentation extérieure, voire même un laissez-aller ou bien encore une expression assez incertaine de leur comportement général qui n'encourage ni le bureau demandeur à présenter, ni le patron à accepter malgré les abattements fiscaux parfois consentis dans ce cas... » (Nord.)

⁂

« ...Nous ne les acceptons plus... la première et la plus importante raison étant les désillusions que nous ont apportées, sur le plan pratique, ces malades... » (Midi.)

⁂

« ...Parmi les petits handicapés mentaux, nous avons eu un bon nombre de malades qui, du fait de leur manque de volonté, ne tiraient pas la quintescence de leurs moyens psychiques. Plutôt que « manque de volonté » je pourrais employer le mot « paresse »... (Exemple d'un garçon qui, après un échec dans la vannerie qui nécessite un homme de goût, doué d'un certain sens commercial pour la rentabilité, est ensuite orienté vers la cordonnerie mais dont le mauvais rendement l'empêche d'être placé.) (Midi.)

⁂

« ...Sur 9 candidats, il a été possible de faire suivre la rééducation à deux stagiaires, l'un en cordonnerie, l'autre en comptabilité. Le premier a vu son stage bouleversé par une tentative de suicide mais a repris courageusement sa formation et a pu être placé comme aide-cordonnier... (dans un Hôpital Psychiatrique). Le second a été reclassé dans un emploi de bureau mais, par la suite, son instabilité a repris le dessus, ce qui s'est fait remarquer par des changements de place assez fréquents. Quant aux 7 autres, il n'a pas été possible de poursuivre une rééducation professionnelle par suite tant de l'inaptitude que de l'instabilité. A la sortie du Centre, ils ont été placés directement mais tous ont été licenciés après une présence allant de un mois à un an... » (Est.)

***

« ...Trois « récupérations » : un comptable (névrose obsessionnelle), un radio-électricien (schizophrénie), un câbleur (névrose d'angoisse). Pour les autres, les difficultés rencontrées sont : *l'adaptation au milieu*, règle de vie communautaire, discipline, entente avec des camarades et la *persévérance*, régularité dans les études... » (Alsace.)

***

« ...Si l'on excepte quelques rares maladies mentales graves dont le diagnostic correct conduit généralement à une évacuation, il s'agit pour la plupart des « petits mentaux ».

1° Syndromes déficitaires et psycho-organiques secondaires à des traumatismes craniens ou à des accidents vasculaires cérébraux ;

2° Névroses structurées avec antécédents de névroses infantiles.

3° Des troubles psychosomatiques divers dont le développement était lié à la maladie en traitement au Centre.

Tous ces malades sont des malades difficiles qui nécessitent des solutions très personnelles. Ils exigent tous, à côté des traitements de rééducation, des soins particuliers. Leur adaptation au groupe pose des problèmes délicats qu'il faut étudier attentivement avec eux. Ce sont des malades fragiles pour lesquels le rythme de travail doit souvent être allégé. » (Pyrénées.)

Un autre résultat de cette enquête fut de montrer le peu d'information qu'ont généralement les médecins du travail en matière de psychopathologie dans ses aspects moyens et mineurs, justement ceux qui concernent les personnes auxquelles ils ont affaire. Il est rare et c'est alors un autre problème que le médecin du travail soit appelé à faire face à des cas de « grande psychiatrie » : cas aigus, délires importants, malades anti-sociaux. Les véritables questions en médecine du travail sont celles des troubles du caractère, des névroses, de l'alcoolisme et des psychopathies à leur début quand elles sont encore au stade des troubles mineurs du comportement, à une période en somme prodromique. Notre enquête a montré l'existence d'un désir général d'information sur ces problèmes.

Cependant, une fois cette information acquise, beaucoup nous ont fait remarquer combien ils restaient désarmés à cause des difficultés que l'on rencontre, par crainte traditionnelle, par manque d'ouverture et pour d'autres raisons, à apporter des solutions au problème de reclassement. On touche ici à la question connexe dont nous aurons à parler plus loin : la carence d'organismes et d'institutions pour assurer cette réadaptation. Ce qui existe est au-dessous des besoins.

Ainsi, il apparaît certainement qu'il faut approfondir ces problèmes, attirer l'attention, documenter les médecins du travail sur le nombre de ces cas, sur les symptômes, sur la signification véritable de certaines désadaptations, afin d'amorcer en quelque sorte un circuit fertile entre le dépistage, la meilleure connaissance des problèmes, la mise en évidence des besoins et la création des institutions matérielles convenables.

Chapitre II

PRISE DE CONNAISSANCE DES PROBLEMES

Cette prise de connaissance se fait par deux voies.

C'est de prime abord les symptômes, les manifestations les plus voyantes qui attirent l'attention du médecin du travail ou des cadres. Cela nous conduit à envisager en premier lieu les *symptômes qui attirent l'attention.*

Mais ces symptômes sont sans spécificité ; ils sont le début d'un fil conducteur et de telle manière qu'il est nécessaire de se rendre compte à quoi ils correspondent par l'étude plus approfondie du cas aboutissant à un *classement nosologique* seul susceptible de conduire à la troisième étape, celle du pronostic et des mesures à prendre en vue de la réadaptation.

Auparavant, il est nécessaire de connaître s'il n'existe pas, en plus des facteurs qui tiennent en propre à la maladie, d'autres facteurs plus spécialement générateurs de désadaptation au travail, des facteurs qui précipitent cette désadaptation sur un terrain préparé par la maladie mentale : ce sont les facteurs secondaires de la

désadaptation au travail qu'il est important de connaître parce que des mesures de prophylaxie et de prévention peuvent utilement s'exercer à leur encontre.

⁂

I. — LES SYMPTOMES QUI ATTIRENT L'ATTENTION

Il est indispensable que l'on dispose d'un classement nosologique mais dans le cas particulier, il semble aussi que l'on doit insister sur les signes qui *attirent l'attention* du médecin ou même des cadres ou des services sociaux d'entreprise vers la possibilité d'une anomalie mentale ou d'une psychopathie. Ils sont spécifiques des réactions de l'anormal ou du psychopathe au milieu de travail et à la situation professionnelle, indépendants dans une certaine mesure de la classe nosographique. Ce sont des « indices pratiques » de tous les jours, le symptôme d'un cas-problème.

Ainsi, *le changement fréquent d'emploi* peut être le fait d'un paranoïaque persécuté (le type en est le persécuté migrateur de Foville), mais aussi bien il peut révéler l'instable caractériel, le débile dysharmonique.

V... (Joseph). Mouleur en fonderie, d'origine espagnole. Sait lire et écrire. Délire interprétatif de persécution.

Né en Espagne. Arrive en Algérie avec ses parents, à l'âge de 7 ans, en 1922. Y reste jusqu'en 1954.

En 1946 : Premier changement d'emploi : « son patron,

ancien camarade de travail. l'accusait d'être un communiste révolutionnaire. »

En 1947, hospitalisé pendant deux mois pour un état dépressif réactionnel. Il s'agit d'une réaction dépressive consécutive à ses idées délirantes. Il vient d'être renvoyé par son nouvel employeur, « le premier patron a travaillé en dessous ».

En 1950, après un mois d'hospitalisation à Alger, deux mois de séjour à l'Hôpital Psychiatrique, idées d'empoisonnement. Episode fécond. Pense qu'un infirmier veut le frapper, saute le mur, fracture de la cheville gauche.

De 1950 à 1954, divers employeurs. Fonderie d'Alger un an et demi. Renvoyé « sous le prétexte de mauvais rendement ».

Boulanger pendant quinze mois. Renvoyé car « le patron lui cherchait des noises ». Six mois dans une autre boulangerie, « nouvelles misères ».

En 1954, vient en France. Malgré les difficultés pour l'obtention du renouvellement de sa carte de travail, trouve un emploi de peintre. Au bout de six mois, est à nouveau renvoyé, « le patron d'Alger a agit par l'intermédiaire du syndicat des patrons ». Manœuvre dans une entreprise de construction pendant huit jours, nouveau renvoi. « Si vous voulez travailler, partez en Espagne, lui a dit le chef de chantier. Donc, il avait été prévenu ».

En 1955, manœuvre pendant neuf mois dans une autre entreprise.

En 1956, ouvrier mouleur pendant quinze mois. Nouveau renvoi : « vous êtes un communiste, je n'en veux pas ». Attaque au Conseil des Prud'hommes, gagne le procès.

En 1957, mouleur pendant un an et demi dans une autre fonderie « ...je ne peux pas vous garder lui dit le patron ; il était donc poussé par quelqu'un et, comme, dans le fond, il le regrettait, il m'a donné un mois de préavis. » Actuellement se trouve en chômage depuis 23 mois... » (Clinique de Neuro-Psychiatrie de la Faculté - Pr. Riser.)

D'autre part, un sujet peu qualifié sur le plan professionnel peut changer d'emploi dans des circonstances

indépendantes de sa volonté : fermeture du chantier par exemple. Enfin, un individu peut normalement changer d'emploi pour améliorer sa situation.

Les accidents répétés peuvent également avoir diverses significations : les débiles moteurs se blessent par maladresse, le comitial se blesse lors d'une chute quand il a sa crise, le dément, au début, par manque d'attention.

Un cas d'accidentite :

Z... Manœuvre espagnol, était déjà porteur d'une invalidité en 1939 quand il arrivait en France pour blessure de jambe avec cal vicieux après être passé par une trappe sur un chantier.

Employé dans le bâtiment, il a, entre 1940 et 1945, deux ou trois accidents mineurs que la nécessité d'une relative clandestinité l'oblige à ne pas exploiter. En 1946, il reçoit une poutrelle de fer tangentiellement sur le crâne à l'occasion d'un faux pas qu'il fait en déchargeant un camion I.P.P. 20 %.

En 1949, sur un chantier de maison en démolition, il pousse une porte qui donne dans le vide : fracture de Dupuytren, trauma cranien. I.P.P. 30 % en sus.

En 1953, il a un orteil écrasé par un chariot et trois mois après, quinze jours après la reprise du travail, il marche sur une pointe fichée dans une pièce de bois.

En 1954, il est heurté, toujours sur un chantier, par un camion qui recule.

Dégoûté du bâtiment, il va dans une carrière et en 1956, il reçoit une pierre sur la tête et l'épaule : I.P.P. 27 % en sus.

On l'affecte alors à un travail moins pénible aux fours à chaux. Il n'y est pas depuis deux mois qu'une fausse manœuvre provoque une explosion. Il est brûlé par les gaz à la face et au tronc, il a une contusion du thorax par débris projetés et enfin il développe une névrose sinistrosique sur le thème de la vue d'un camarade de travail, brûlé « en torche vivante » au cours de l'explosion du four.

Il quitte la région de Toulouse, en 1958, avec une invalidité totale de 84 %. » (Dr Gayral.)

L'absentéisme : Sous ce terme, on désigne les absences répétées. Elles se voient avec une fréquence particulière dans diverses affections psychiatriques, en particulier celles qui évoluent par poussées telle la psychose maniaco-dépressive.

Chez les dysharmoniques, l'absentéisme est dû à l'instabilité. On le retrouve avec une grande fréquence aussi chez les psychasthéniques et plus encore chez les hypocondriaques chez lesquels il peut aboutir à un refus complet de tout travail.

C... Il s'agit d'un jeune homme de 19 ans, vivant depuis le très jeune âge dans un milieu familial adoptif où est né, au bout de quelques années, un autre enfant. Réaction de frustration affective de l'intéressé, crise d'adolescence, opposition familiale véhémente, fugue ayant une valeur de compensation affective puisqu'en partie pour retrouver une personne aimée. Irrégularité au travail bien que l'intéressé revienne chez lui habituellement à des heures normales. Cet absentéisme éveille l'attention des employeurs qui signalent le cas à la famille. En raison de l'opposition caractérielle, une mesure médico-pédagogique doit être prise pour éviter une évolution ultérieure vers l'inadaptation sociale dans toute son ampleur. » (Dr Stern.)

La lenteur du travail peut marquer le début d'une évolution schizophrénique. Le changement de rendement autant que le changement de comportement constitue même un symptôme précoce de dissociation mentale et l'on sait que bien souvent les symptômes d'une schizophrénie débutante se cachent sous l'aspect de l'adolescent paresseux.

T... Etudiant de 19 ans, schizoïde, jusqu'ici bien adapté dans sa famille et à son travail. Fléchissement progressif

pendant quelques mois du rendement scolaire avec état d'anxiété, introspection délirante dont les écrits du malade sont le témoignage. Au bout de quelques mois éclate un état psychotique aigu où s'accentue le syndrome de dépersonnalisation avec quelques idées vagues de persécution, idées de destruction ; ne supporte plus sa propre image, déchire les photographies sur lesquelles il se trouve, retourne les glaces pour ne pas s'y voir et songe au suicide. Dans ce cas, il s'agit d'une psychose à évolution aiguë après une période de début insidieux, entraînant des difficultés de rendement scolaire ayant éveillé l'attention de l'établissement qui a suggéré une consultation médicale. » (Clinique Neurologique de la Faculté - Pr. Riser.)

La lenteur dans le travail se voit également chez les psychasthéniques scrupuleux, douteurs irrésolus et la vérification des actes, signe classique de cette névrose, entraîne de longs retards dans l'accomplissement de leur tâche. Ni cette lenteur, ni l'accablement matinal dont ils sont victimes, ne doivent être pris pour de la paresse.

Les « *difficiles* » s'expriment par des troubles du caractère, des difficultés avec les camarades de travail et avec les cadres, de l'hostilité, de l'insatisfaction, des revendications multiples, de l'agressivité.

Les « *allergiques au travail* » constituent une classe particulière de sujets qui sombrent dans l'asthénie, ou bien présentent des phénomènes nerveux somatiques, ou bien deviennent des hypocondriaques ou des revendicants dès qu'ils exercent un travail et tout cesse dès qu'ils sont au repos. Maux de tête, obsessions, vertiges, troubles du caractère, épuisement allégué, etc..., sont les manifestations anaphylactiques de sujets qui sont, en réalité pour la plupart, des dysharmoniques paresseux et dont le pronostic social est mauvais.

Quant aux sujets qui se livrent à des *consultations multiples* auprès du médecin du travail, du médecin de famille, ce sont pour la plupart des « hyponcondriaques » qui appartiennent à l'une des formes dont on aura à s'occuper plus loin, et dont l'éventail de la sincérité et de l'authenticité maladive est très étendu.

II. — ANALYSE NOSOLOGIQUE

1. - Les débiles mentaux.

Le niveau mental ne suffit pas pour apprécier le cas du débile mental. Il faut tenir compte de la présence d'autres anomalies. En effet, peuvent coexister et coexistent souvent :

— d'autres anomalies mentales ;

— des troubles neurologiques : hémiparésie, syndrome de Little... :

— des troubles sensoriels, surtout auditifs et visuels ;

— des troubles du caractère : jalousie, sournoiserie, irritabilité, impulsivité, très importants à considérer car ce sont souvent eux qui limitent l'emploi des débiles. Souvent aussi, présence d'un alcoolisme surajouté.

— des tendances perverses : pyromanie, exhibitionnisme, etc... ;

— la débilité motrice enfin qui complique le problème de la débilité intellectuelle.

Cette débilité motrice est caractérisée par la maladresse des mouvements volontaires, une hypertonie diffuse pouvant aboutir à la paratonie de Dupré, une persistance des syncinésies. Elle est, on le conçoit aisément, un handicap particulièrement redoutable chez des sujets dont le déficit intellectuel n'autorise que des travaux manuels. En somme, tout le problème sera donc de savoir s'il s'agit d'un débile harmonique ou d'un débile dysharmonique.

Le débile harmonique est tributaire de son Q.I. C'est un sujet docile, travailleur, minutieux, méthodique, désireux de bien faire. Bien orienté, il s'adaptera sans difficultés à sa condition inférieure.

Le débile dysharmonique, au contraire, présentera des troubles caractériels ou affectifs et nous pouvons envisager :

— *le débile instable* qui ne peut rester fixé à une tâche, dont l'attention est dispersée. Il se montre turbulent, fait des fugues ;

— *le débile « sot »*, sans critique ni jugement, peu persévérant. Ayant bonne mémoire et la parole facile il peut faire parfois illusion lors d'un examen superficiel :

— *le débile puéril*, à l'humeur versatile, incapable d'apprendre un métier ;

— *le débile émotif* dont la labilité affective est extrême, très sensible aux critiques comme aux encouragements, il l'est aussi aux flatteries. Timide et anxieux, il peut présenter un sentiment d'infériorité qui sera aggravé par les moqueries de l'entourage.

Il nous faut insister sur l'importance du test de

Wechsler-Bellevue. L'échelle de Wechsler comprend une série de tests et l'on distingue les réponses verbales et les tests de performance. Elle permet d'évaluer la détérioration mentale par la mesure des écarts intertests mais, d'autre part, et cela nous intéresse tout particulièrement, les écarts entre les tests verbaux et les tests de performance nous permettent d'envisager deux possibilités chez les débiles mentaux et de prévoir dans une certaine mesure la qualité de leur adaptation.

— Lorsque les tests de performance sont meilleurs que les tests verbaux, on peut prévoir une bonne adaptation à type de profession manuelle.

— Lorsque les tests verbaux sont meilleurs que les tests de performance, il faut voir là un signe de dysharmonie : le sujet a la facilité de se tirer des situations difficiles par des arguments. C'est un indice de tendance à la délinquance, une mauvaise adaptation vraisemblable, un signe péjoratif.

Le niveau du Q.I. n'entre donc pas seul en ligne de compte. Cela recoupe ce qu'écrivait un médecin du travail du Nord : « Nous avons, dans nos collectivités de travailleurs, des débiles mentaux parfaitement adaptables à des petits travaux ne comportant ni risques, ni responsabilités, des débiles mentaux inadaptables à tous postes qui s'avèreront sans doute inadaptables également à des travaux d'artisanat ou à des travaux agricoles. »

2. - Les « caractériels » :

Les résultats de cette enquête montrent la grande difficulté d'adaptation professionnelle des « caracté-

riels ». Leur capacité professionnelle et leur niveau intellectuel sont hors de cause dans les cas envisagés. Ce sont leurs troubles caractériels uniquement qui sont responsables de leur inadaptation. Sur 45 observations, nous en relevons 15 dons l'activité professionnelle est nulle et 20 qui ont la note D.

Les dix « caractériels » dont l'adaptation est correcte sont des paranoïaques bien adaptés, c'est-à-dire orientés dans un emploi qui ne leur donne pas trop d'occasions de heurts.

Les *épileptiques* n'entrent pas dans le cadre de notre étude mais, en fait, le nombre de leurs crises importe relativement peu et elles sont d'ailleurs fréquemment jugulées par la thérapeutique. Soulignons à ce propos qu'actuellement il est bien établi que les comitiaux n'ont pas plus d'accidents du travail que les non-comitiaux. Ce sont les troubles du caractère qu'ils présentent qui entrent en ligne de compte car ils perturbent leur activité professionnelle et la thérapeutique n'a que peu d'action sur eux.

Certains épileptiques présentent des troubles qui constituent la personnalité épileptoïde. Ils ont un comportement impulsif, un caractère violent et explosif sur un fond de lenteur qui est en fait le trait le plus saillant de leur caractère. Cette lenteur se traduit par une viscosité, une stagnation intellectuelle, une bradypsychie qui souvent ont pu les faire passer pour des débiles mentaux alors qu'il n'en est rien. Il est à noter également que ces troubles n'éclatent parfois que périodiquement, alors que chez d'autres ils existent en permanence.

Nous mentionnerons également dans cette catégorie les cas de *névrose de caractère*, en particulier les cas de *névrose d'échec* où ceux qui en sont victimes vont systématiquement vers les professions où ils ne réussiront pas.

Bien souvent également, les névrotiques manifestent une agressivité qui perturbe leurs relations professionnelles. Cela se voit surtout au niveau des échelons moyens et supérieurs. La Psychothérapie, dans ces cas, a obtenu parfois des résultats heureux.

A propos des caractériels, nous rappellerons que dans certains pays il existe des « fiches de sociabilité ». Des sujets méfiants, se surestimant et, par là, sous-estimant les autres, ayant tendance aux interprétations malveillantes, possédant au plus haut degré l'esprit de contradiction, bref ayant les traits de caractère paranoïaques habituels, sont souvent difficilement utilisables. Cependant, certains réussissent très bien et, dans leur emploi, ils ont pu montrer leur sens des responsabilités, leur méticulosité et leur esprit discipliné.

3. - Les dysharmoniques :

— *Personnalité psychopathique des anglo-saxons.*
— *Déséquilibrés psychiques constitutionnels de la psychiatrie traditionnelle.*

Très souvent catalogués « caractériels » ou « névrosés instables », ils constituent une catégorie de personnes assez nombreuse et très importante en pratique sociologique du travail et beaucoup sont adressées aux psychiatres à la suite de difficultés dans leurs activités professionnelles.

Ce sont des sujets qui supportent mal la contrainte et la régularité. La labilité émotionnelle, le défaut d'autocritique les caractérisent. Excessifs en tout, ils sont incapables de s'adapter aux conditions ordinaires du milieu et de profiter de l'expérience acquise. Certains sont intelligents ou même brillants, d'autres débiles, mais tous sont instables.

Dès l'enfance, on note fugues et tentatives de suicide, maison de redressement, puis c'est l'engagement volontaire ou le passage dans la Légion avec, souvent, désertion. Parfois toxicomanes, souvent alcooliques, d'occasion et épisodiques d'ailleurs, peu d'alcool suffit à provoquer une ivresse aux réactions élastiques et on les retrouve en prison. Par excellence anti-sociaux, ils fournissent le plus important contingent de délinquants anormaux.

La plupart de nos cas ont été confirmés par le test de Minnesota (M.N.P.I.) dont l'échelle Pd est bien démonstrative.

Bien que la dysharmonie soit indépendante du niveau mental, un bon niveau peut permettre la compensation des tendances dysharmoniques. Nous avons retrouvé douze notes N qui correspondent à des sujets supérieurement compensés ou bien adaptés dans l'instabilité par leur genre de profession.

S..., 41 ans, metteur au point de moteurs d'avions, réacteurs, etc..., sorti de l'Ecole des Mécaniciens de Rochefort, est un dysharmonique instable. Il ne boit pas, il est resté sagement célibataire. Il a trouvé son « équilibre » en changeant fréquemment de place et de ville, de travail ; il a, à cause de sa valeur professionnelle, toujours du travail et, fait rare chez un dysharmonique, il a fini par apprendre

à prévoir ses changements, à demander un emploi à l'avance, ainsi il arrive à avoir une vie professionnelle normale. Certes, il a des à-coups affectifs, des difficultés sociales et sur le plan « sentimental » ; il n'a jamais d'argent économisé, mais il a une certaine forme de prévoyance et, quelques troubles, quelques difficultés sociales qui arrivent, le plan professionnel reste sauvegardé. (Clinique Neuro-Psychiatrique de la Faculté - Pr. Riser).

Les 79 notes D montrent bien, par contre, les difficultés de ces dysharmoniques, difficultés dues à leur instabilité, heurts dans leurs rapports avec autrui, à-coups psychopathiques, absentéisme, fréquence des accidents du travail.

4. - Psychasthéniques et grands obsédés :

Il ne s'agit pas de simples émotifs mais de véritables psychasthéniques tels que les a décrit P. Janet et d'observations de névroses obsessionnelles.

22 notes N, c'est-à-dire 50 % des cas correspondent à d'excellentes adaptations.

Nous avons recueilli des observations d'ouvriers, de ruraux, de fonctionnaires, ce qui montre que la névrose obsessionnelle n'est pas l'apanage d'une classe sociale.

Les 18 notes D qualifient la mauvaise adaptation de sujets particulièrement lents ou chez lesquels les rites parasites empêchent toute autre activité.

Dans 3 cas, l'invalidité du fait de cette affection fut reconnue par la Sécurité Sociale.

5. - Les hypocondriaques :

Le rôle de l'hypocondrie en médecine du travail est considérable : il y a certes des variétés multiples de ces sujets, *hypocondriaques sincères*, les uns au seuil du délire, les autres recrutés parmi les psychasthéniques véritables au sens de Pierre Janet ou parmi les porteurs de névroses anxio-obsessionnelles authentiques, et surtout les hypocondriaques plus ou moins inconsciemment exploiteurs des bénéfices secondaires.

Si on retire les personnes dont le cas donne droit à pension. A. T., Invalidité, il reste une foule de sujets qui prolongent les absences, renouvellent les congés, profitent des dispositions des lois sociales, usent de toutes les nuances de la « sinistrose ». L'Assurance Maladie Longue Durée, les dispositions du Statut de la fonction publique (congés de longue durée) ont permis, au cours de ces dernières années, de mesurer l'étendue immense de ce problème et de voir aussi combien une solution radicale pouvait avoir un effet véritable de traitement en reposant le sujet dans une situation de réalité et en lui permettant de sortir d'un état dont il était semi-prisonnier.

Nous n'avons donc pas conservé dans nos observations les cas d'hypocondrie survenant après un traumatisme, hypocondries qui sont souvent, en fait, des sinistroses. Il ne s'agit pas non plus de l'hypocondrie délirante mais uniquement de l'allégation persistante, sans correspondance physique, de douleurs, de troubles viscéraux, de fatigue, etc.... et installation dans la maladie, repos, demi-travail. Un absentéisme record en est la conséquence. Cependant tout n'est pas insincère car nous

trouvons *huit notes N* qui correspondent à des « cénesthopathes » de Dupré qui continuent à assurer leur travail.

— 41 *notes D* montrent la fréquence de l'absentéisme ;

— 32 *notes I* le renoncement complet au travail.

Parfois ces sujets versent dans la quérulance de rente, la revendication, mais plus souvent ils vivent d'une petite pension d'invalidité, restent à la charge des leurs ou s'installent à l'Hôpital.

G..., 35 ans, suivi depuis 5 ans, ancien coffreur.

En 1955, accident du travail, chute sur le dos. Lésion traumatique vertébrale certaine. Troubles subjectifs en rapport mais débordant le cadre de la lésion. Se plaint d'insomnie, d'impuissance. Crises pithiatiques.

En 1957, accès dépressif traité par E.C. Bons résultats.

En 1960, le malade est adressé par un Centre de Rééducation où il apprend le métier d'orthopédiste. Il présente un état d'anxiété hypocondriaque. Il n'a pu s'adapter à la vie collective. C'est un échec de la réadaptation par syndrome névrotique. (Dr H. Stern.)

6. - Les petits anxieux hyper-émotifs :

Nous n'avons pas retenu la multitude de personnes souvent femmes que les médecins généralistes connaissent bien. Ceux que nous envisageons ici n'ont de difficultés qu'occasionnellement à la suite d'un changement de travail en particulier. Leur note D est due à la fréquence de leurs absences. La plupart ont la note N.

La stabilité dans le travail, la sécurité et lorsqu'on ne leur confie que très peu de responsabilités, sont des

facteurs essentiels qui leur permettent une adaptation convenable.

7. - Les schizophrènes :

Vingt-huit observations sur 50 nous ont été fournies par des médecins du travail. Nous trouvons dans ces cas, 16 notes N chez les malades observés après traitement et même internement. Nous ne constatons que 13 notes I. Il est vrai que nous avons retenu seulement les malades ayant présenté leurs premiers troubles quatre ou cinq ans auparavant. D'autre part, ces malades avaient déjà une activité professionnelle, ce qui élimine les cas où la schizophrénie a débuté dans l'adolescence. Un recul de 10 ans qui nous paraît nécessaire changerait, bien sûr, nos pourcentages.

Voici trois observations qui nous montrent un excellent reclassement :

R..., brillant élève de mathématiques à la Faculté, préparant l'Agrégation, présente une hébéphréno-catatonie. Traité avec 140 comas de Sakel. Guérison. Déficit psychologique certain. Prend un poste d'instituteur, puis de professeur de Cours Complémentaire. Service militaire normal, activité professionnelle parfaite depuis dix ans. Note N.

S... licencié en droit. Chef de bureau à la Mairie. Schizophrénie paranoïde. Cure de Sakel. Très bonne guérison, mais il ne peut occuper qu'un emploi de vérificateur de factures et de bordereaux, parfaitement d'ailleurs depuis douze ans. Note N.

T..., employé à la voirie à la Mairie. Hébéphréno-catatonie. Cure de Sakel. Bonne guérison avec diminution globale, stéréotypies. Effectue depuis seize ans un travail de balayeur et entretient un secteur automatiquement, par-

faitement. C'est un balayeur excellent, bien plus régulier, appliqué, que d'autres qui n'ont jamais été malades. Note N. (Clinique Neuro-Psychiatrique de la Faculté - Pr. Riser.)

8. - Les névroses psychosomatiques :

Sous ce terme, nous n'avons désigné que des maladies organiques à causalité conflictuelle certaine. L'importance du facteur névropathique explique la note I et les huit notes D. Il s'agissait d'anorexies et d'obésité. Nous avons retenu aussi deux colites et deux cas d'asthme.

9. - Les cyclothymiques :

Les cyclothymiques, mélancoliques ou maniaques ne posent pas de problèmes particuliers car ce sont des sujets normaux entre leurs crises. Pendant les crises, l'interruption du travail est nécessaire pour assurer le traitement. Se pose alors le problème de la conservation de l'emploi pendant la durée de ce traitement. La situation du malade ne doit pas trop gêner la marche de l'entreprise et l'employeur doit être compréhensif. Bien souvent, on a pu constater qu'au cours d'une psychose maniaco-dépressive, chaque poussée se traduisait, sur le plan professionnel, par un changement d'emploi.

A..., 40 ans, 5 enfants, jardinier.

Service militaire : réformé pour troubles psychiques. S'engage dans la Légion sous un nom d'emprunt.

A 30 ans : ne supporte plus son entourage, se sent irritable, a peur de faire du mal. Par la suite, à chaque épisode dépressif, même symptomatologie : fatigue, dépréciation, incapacité, irritabilité. Ne peut supporter ses enfants. Parfois s'isole pour prendre ses repas car il a peur de les

battre. A plusieurs reprises, méditation morose sur les bords du canal.

E. C. amènent la guérison chaque fois.

Un ou deux accès par an. Absences trois mois par an.

Le problème est donc de conserver à cet employé sa place. Le contraire serait une injustice et risquerait de le transformer en grand désadapté. (Clinique Neuro-Psychiatrique de la Faculté - Pr. Riser.)

***

Un point particulier retiendra cependant notre attention : le cas des mélancoliques.

La mélancolie qui apparaît vers la cinquantaine, débute souvent insidieusement. Elle doit être dépistée et traitée rapidement car on sait que les états dépressifs sont les grands pourvoyeurs des réactions suicidaires.

A l'issue de la maladie, il faudra éviter autant que possible tout « choc émotif » lors de la reprise du travail en pensant à la rechute avec ses mêmes conséquences, c'est-à-dire ses mêmes risques. C'est en effet, soit au début, lorsque le sujet se sent désespéré et que l'inhibition n'est pas encore assez forte pour freiner ses actes, soit lorsque les troubles rétrocèdent, que se situe la période de danger maximum.

Le cyclothymique étant normal entre ses crises, cela explique qu'il n'y ait dans nos observations que 16 notes I qui correspondent d'ailleurs à des mélancolies *pré-involutives* et 108 notes N.

Quant au problème de l'absence, on peut penser que cette absence pour dépression serait écourtée si, au lieu

d'employer au début des « tranquillisants » on utilisait d'emblée des thérapeutiques majeures.

10. - Les délires chroniques :

Les états délirants n'entraînent pas obligatoirement l'abandon de la vie professionnelle et l'hospitalisation en milieu psychiatrique. Bon nombre de délirants continuent leur travail en camouflant leur délire dont la révélation est très souvent fortuite. En effet, les délirants sont normaux sur tous les points sauf un, celui du délire, et l'on peut ainsi penser que notre enquête ne reflète pas exactement la proportion de délirants bien adaptés. Il existe ainsi un bon nombre de psychoses compensées : psychoses paranoïdes, psychoses paranoïaques de persécution qui correspondent à nos 11 notes T. Il est bien entendu qu'il existe également d'autres cas : délires passionnels tout particulièrement qui évoluent rapidement vers l'internement.

N..., 64 ans. Est artisan tapissier, il a 4 ouvriers. Activité professionnelle parfaite. En 1945, découverte d'un énorme délire d'imagination et de persécution à cause d'une lettre qu'il avait écrite à l'Etat-Major de la marine allemande pour lui offrir ses services et ses cartes secrètes des Caraïbes (authentiques) en échange d'un petit bateau pour aller chercher son Trésor des Boucanniers du côté de Haïti. Ce délire évoluait depuis 25 années. Il continue en 1960 et N... travaille toujours, 77 ans, avec deux ou trois ouvriers. (Dr Lafage - Dr Gayral.)

S..., 58 ans. Chef comptable dans une entreprise de Bâtiment. Délire de persécution un peu mystique et cabalistique. Il a accumulé des documents accablants contre ses persécuteurs (secte para-religieuse réelle) et des kilos de coupures de journaux étiquetées, cotées, relevées dans un

registre. La culture de ce délire est son passe-temps habituel, et il prépare tout pour « faire éclater la vérité au grand jour » ; mais ce jour-là n'arrive pas et n'arrivera probablement jamais ; il n'a pas besoin de médicaments ; il vient se rassurer et se fortifier dans son bon droit chez un médecin deux ou trois fois par an. Activité professionnelle parfaite. Note N. (Dr Gayral.)

Les 29 notes D correspondent aux cas chez lesquels une poussée transitoire, un moment fécond du délire, a nécessité une hospitalisation. D'autre part, ces délirants sont quelquefois un peu bizarres et leur comportement professionnel peut s'en ressentir.

V..., 49 ans. Délire passionnel de jalousie, agressif. Ingénieur très spécialisé dont la valeur technique assure sans autre recours la marche d'une entreprise de briquetterie et agglomérés spéciaux réfractaires, très particuliers. Sans lui, fermeture et mise en chômage de 70 ouvriers, soit de toute l'économie de ce chef-lieu de canton. Piémontais très intelligent, grand sens des responsabilités. Mis à la chlorpromazine : 200 mg par jour. Atténuation du délire qui demeure purement verbal et, peu à peu, rétrospectif : « il n'y a plus rien maintenant, je suis bien sûr de tout ce qui est arrivé avant, çà oui, n'en parlons plus ». Activité professionnelle parfaite. Maintenu ainsi depuis 1955, donc 5 années. (Clinique Neuro-Psychiatrique de la Faculté - Pr. Riser.)

II. - Les épisodes polymorphes :

Nos cas sont observés avec un recul de six à neuf ans. Nous ne relevons pas de note I, les huit notes D sont motivées dans trois cas par un éthylisme surajouté. La collaboration avec les médecins du travail nous a permis de séparer ces épisodes polymorphes des épisodes symptomatiques de schizophrénie, et l'on a pu se servir

ainsi du critère « activité professionnelle ». Dans nos observations, en effet, il n'existe aucun retentissement de l'affection sur l'adaptation au travail entre les accès.

X.... sous-ingénieur. Intelligent, artiste, a présenté, entre 1953 et 1960, trois épisodes délirants aigus. Entre temps, *travail normal*, avancement normal. Aucune évolution ni déficit, donc conservé intégralement à son poste entre les accès. Accès actuellement écourtés par l'usage des chimiothérapies neuroleptiques. (Dr Gayral.)

12. - Les démences au début :

Nous soulignons à ce propos l'importance du rôle du médecin du travail dans leur dépistage.

Dans 10 cas, dont trois P. G., l'activité a pu être reprise après le traitement classique.

Dans 18 cas, dont un P. G., la reprise de l'activité professionnelle fut impossible.

***

III. — LES FACTEURS ADJUVANTS DE DESADAPTATION AU TRAVAIL CHEZ LES ANORMAUX ET LES PSYCHOPATHES

Causes tenant aux circonstances matérielles

Les conditions de travail

Les causes abaissant le seuil d'adaptation que l'on retrouve le plus souvent sont :

— *les heures supplémentaires ;*

— *le bruit ;*

— *les changements de rythme nycthéméral.* Nous nous y attardons puisqu'il est habituel de les retrouver dans un grand nombre d'entreprises. Les trois-huit sont en général mal supportés et tout particulièrement chez les handicapés psychiques ; ce changement d'horaires entraîne bien souvent une insomnie éminemment nuisible. Il est à noter que le travail de nuit régulier est beaucoup mieux supporté. En effet, le changement d'horaires intervient en général au bout de huit ou dix jours, juste au moment où l'individu vient de s'adapter à son nouveau rythme de travail et de sommeil. Cette période d'adaptation est d'ailleurs variable selon les sujets. Certains pensent qu'un changement de rythme tous les trois ou quatre jours serait moins nocif.

Comme autres causes de désadaptation professionnelle, nous retrouvons toutes celles que l'on rencontre chez les sujets normaux et en particulier sont nuisibles :

— un travail continu effectué pendant huit heures de suite, à un rythme inadapté à l'individu ;

— une trop grande tension due à une cadence rapide par exemple chez les individus travaillant à la chaîne ;

— un manque d'organisation dans le travail, engendrant des fatigues supplémentaires, facteur de désadaptation fréquemment retrouvé.

Situation hors du lieu du travail

Il s'agit surtout des mauvaises conditions matérielles liées indirectement à la profession :

— l'inconfort du logement qui est souvent exigu ;

— l'éloignement de l'usine et du bureau nécessite de longs trajets particulièrement fatigants et qui multiplient le nombre des accidents survenus sur le parcours ;

— parfois l'interruption du travail à midi double la distance puisqu'il est encore souvent habituel que le déjeuner se prenne chez soi. En supprimant cette longue pause de midi et en organisant des cantines sur place, on pourrait arrêter le travail une heure plus tôt en fin de journée ou accorder une journée de repos hebdomadaire supplémentaire ;

— la longueur du trajet et, comme corollaire, le temps qui lui est consacré, empiète sur la durée du sommeil.

Cela est un facteur important de fatigue, surtout signalé dans les grosses régions industrielles du Nord et dans la région parisienne, mais bien souvent ces mauvaises conditions de travail n'agissent que par l'intermédiaire d'une personnalité déjà anormale.

Nous pouvons estimer ainsi l'importance de ces différents facteurs :

— conditions mêmes du travail (horaires, bruit, etc.)	25 %
— personnalité fragile et susceptible	25 %
— mauvais arrangement de la vie, mauvaise organisation, éloignement du lieu de travail, manque de sommeil, double travail pour la femme	50 %

C'est donc l'organisation générale qu'il faut repenser. C'est un problème de décentralisation, de construc-

tion de logements, d'espaces verts à aménager dans la banlieue des grandes villes, un problème d'horaires généraux du travail à modifier. C'est un problème d'Etat.

Nous ne dirons qu'un mot du rôle du sexe et de l'âge.

Notre enquête ne nous a renseigné que sur un petit nombre de femmes psychopathes ou présentant une anomalie mentale : leur stabilité mentale nous a paru cependant remarquable. Par contre, les troubles mineurs, l'hyper-émotivité par exemple, se rencontrent chez elles avec la plus grande fréquence. D'autre part, pour elles, le travail hors de la maison se traduit par une double journée : travail ménager, travail à l'usine.

Quant à l'âge, nous connaissons la fragilité particulière des adolescents à la fatigue et aux difficultés auxquelles ils doivent faire face souvent au cours de leur premier emploi. D'autre part, il est bien certain que lorsqu'on envisage un reclassement, les facilités sont beaucoup plus grandes pour un jeune d'une vingtaine d'années que pour un adulte ayant déjà atteint la cinquantaine.

Les heures de loisir mal utilisées sont à retenir également car elles peuvent provoquer la fatigue au lieu du délassement.

Chapitre III

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET NECESSITES MEDICALES DE LA READAPTATION DES ANORMAUX ET DES PSYCHOPATHES

Il reste à étudier maintenant les conditions de la réadaptation.

Il faut dire tout de suite que celle-ci est étroitement liée à la nature de la maladie ou de l'anomalie, en un mot que les facteurs d'origine médicale, psychiatrique, ont une primauté considérable. Les autres sont secondaires, mais ils doivent être nécessairement éclaircis et résolus afin qu'ils ne constituent pas un obstacle à la réussite totale ou partielle.

Comme nous l'avons vu plus haut, un exposé théorique de ces facteurs resterait sans conséquence et risquerait beaucoup de n'être, en effet, que théorique. Il est apparu que nous devions tirer les renseignements des données de notre enquête qui s'est montrée extrêmement fertile justement et nous allons exposer ses conclusions.

I. — FACTEURS TENANT A L'INDIVIDU

1. - La profondeur du déficit mental et les symptômes voyants

Il est nécessaire que la maladie mentale ne détériore pas trop l'individu, n'altère pas trop sa présentation extérieure, fait important que nous ont souvent signalé les médecins du travail.

L'enquête nous a montré que les maladies très détériorantes telles que les démences et la schizophrénie sont un obstacle à toute réadaptation bien que le cas des schizophrènes soit cependant assez particulier. Nous avons vu en effet que grâce à la thérapeutique, un bon nombre d'entre eux a pu être reclassé.

Les manifestations souvent spectaculaires : excitation psychique, logorrhée, soliloquie, attitudes hallucinatoires, empêchent souvent toute tentative de réadaptation.

2. - La personnalité antérieure :

Les facteurs tenant à la personnalité antérieure ont une valeur essentielle dans l'adaptation et la réadaptation professionnelles. Cela nous est montré par l'étude des facteurs d'adaptation et de réadaptation spontanées et explique le nombre important de succès dans ce cas.

De même que nous avons constaté l'insuccès des dysharmoniques, insuccès surtout dû à leur instabilité, de même nous avons noté les échecs fréquents des névrosés.

Une personnalité faible, le manque de persévérance et d'esprit d'entreprise conduit le plus souvent à un échec. Au contraire, une personnalité forte et persévérante associée au désir « de s'en sortir », explique les succès rencontrés au cours des réadaptations spontanées.

3. - Le caractère et la sociabilité :

L'anomalie mentale ne doit pas trop toucher la sociabilité du sujet. Ainsi « la constitution paranoïaque » caractérisée par la surestimation, l'égocentrisme, la méfiance, la fausseté du jugement, la psychorigidité se traduit par une insociabilité agressive telle que l'inadaptibilité sociale qui paraît être le résultat de ces traits de caractère est souvent de règle.

Nous avons vu les difficultés rencontrées par le caractériel en particulier (33 % de notes O).

Un équilibre est nécessaire entre tendances grégaires et individualistes et on retiendra les notions suivantes :

— *La stabilité psychique.* - Les médecins du travail, dans leurs remarques qu'ils nous ont adressées, ont insisté sur l'instabilité parmi les anciens malades qui rendent d'après eux bien souvent l'adaptation professionnelle très difficile et parfois même impossible. La stabilité a comme corollaire le sens de la continuité dans le travail, la persévérance dans l'effort.

— *Le sens des initiatives et des responsabilités* que l'on doit essayer d'utiliser dans la mesure du possible, par exemple chez les sujets présentant les traits habituels du caractère paranoïaque et nous avons vu que certains de ces sujets avaient une activité professionnelle normale. L'absence du sens des initiatives et des responsabilités nuit profondément aux asthéniques et se rencontre à son plus haut degré dans le cas des névroses d'échecs.

— *Les tendances malignes*, la quérulance, l'explosivité coléreuse perturbent le comportement. On le conçoit facilement Elles ont une importance majeure.

4. - L'habileté et le délié psychomoteur :

Nous avons vu que cela pose un problème capital de réadaptation pour les débiles mentaux chez lesquels coexiste très souvent une débilité motrice, handicap particulièrement redoutable dans leur cas.

5. - Le niveau général intellectuel et culturel :

Il permet dans certains cas des réadaptations par « auto-reprise en main » et on peut retenir l'importance d'un simple certificat d'études.

Un métier bien connu contre-indique en général un changement de profession qui nécessite d'ailleurs des facilités d'adaptation particulières qui manquent aux malades mentaux.

6. - L'importance du « désir d'en sortir » :

Le niveau des aspirations, la force et la sincérité des motivations sont des facteurs à retenir.

7. - L'efficacité de la thérapeutique :

Nous avons vu qu'elle avait permis de belles réadaptations chez d'anciens schizophrènes. Nous n'y reviendrons pas. Elle permet la guérison rapide des accès maniaques ou mélancoliques au cours de la psychose maniaco-dépressive. Elle « tasse » les délires. Enfin elle est un facteur de premier ordre en facilitant le contact nécessaire à l'établissement d'une psychothérapie efficace.

Nous soulignerons l'importance de la continuité dans cette thérapeutique. L'interruption prématurée d'un traitement, en particulier lorsque la cure neuroleptique est poursuivie après la sortie de l'Hôpital, est un facteur majeur de rechute que l'on retrouve pratiquement dans tous les cas.

Un dysharmonique sur lequel la thérapeutique est inefficace posera toujours des problèmes et, dans ce sens, une psychose aiguë est plus favorable qu'une névrose qui dure toute la vie.

8. - La rareté des crises et l'espacement des rechutes :

Nous avons vu l'acuité des problèmes que les crises et les rechutes posent chez les cyclothymiques notam-

ment. Dans ces cas, pratiquement la seule difficulté sera : conserver le travail pendant le traitement de l'accès.

9. - Durée de l'arrêt du travail :

Tout médecin qui établit un certificat d'arrêt du travail doit savoir qu'il ne s'agit pas d'un acte mineur. Plus l'interruption est longue, plus l'adaptation professionnelle est difficile.

10. - Premiers échecs de réadaptation :

A l'issue de la maladie mentale, il doit y avoir une préparation à la reprise du travail, sinon se produit la Crise de Réadaptation sociale (décrite dans la thèse de Verbizier).

Un succès rapide est stimulant. Par contre des échecs répétés perturbent le malade, freinent son dynamisme : dans certains cas, c'est la dépression. Parfois se produit une indifférence à la situation. Dans d'autres cas, le malade verse dans la quérulance.

Le succès du traitement possède une valeur encourageante. Il faut éviter l'échec et le malade doit quitter le lieu de traitement guéri ou suffisamment amélioré pour reprendre son travail. Ergothérapie et sociothérapie permettent de préparer cette réinsertion sociale.

*
**

II. — FACTEURS TENANT A L'ENTOURAGE PROFESSIONNEL

Il est bien certain que l'entourage professionnel agit sur l'handicapé psychique. Il peut avoir un effet favorable ou défavorable et cela se fait sentir chez les petits anxieux et les hyper-émotifs tout spécialement. Des compagnons de travail turbulents, moqueurs, quelque peu « caractériels » perturbent évidemment l'ancien malade et nous soulignerons un point important lors de la reprise du travail : *l'accueil* réservé par l'entourage professionnel, les camarades d'usine ou de bureau, auquel le malade est très sensible.

Cet accueil est en général mitigé et l'on peut distinguer :

— Une curiosité de la part de certains, surtout si l'épisode psychopathique a nécessité brutalement l'interruption du travail. On sait les préjugés qui s'attachent aux maladies mentales.

— Un sentiment de solidarité peut se manifester en même temps.

— Mais, d'autre part, l'attitude peut être également hostile.

- Ne va-t-il pas ralentir nos cadences?
- N'est-il pas un risque d'accident?
- N'est-il pas encore dangereux?

Et cela pose déjà un problème de la reprise du travail. Si elle se fait dans l'ancien poste, l'accueil peut être défavorable et entraîner une rechute. Si elle s'effectue dans un nouveau milieu et que le malade ne dise rien, il peut souffrir de cette dissimulation qui constitue un abus de confiance vis-à-vis de son employeur et cela peut hâter sa rechute. S'il dit qui il est, nous sommes ramenés à la première éventualité, c'est-à-dire la reprise du travail dans l'ancien poste et alors ses difficultés seront vraisemblablement interprétées d'une manière péjorative.

On arrive ainsi à la notion de *tolérance du milieu professionnel.*

Nous avons noté que la marge de tolérance était particulièrement souple dans certains milieux, surtout dans les administrations et dans les entreprises qui donnent un travail périodique, telles les entreprises de construction.

Un bon nombre de malades a pu ainsi se reclasser dans les chantiers de bâtiments et barrages, d'autres chez des employeurs leur assurant un travail saisonnier, rural et hôtelier notamment. Certains enfin ont pu s'adapter grâce à un travail artisanal.

A..., employé municipal, 40 ans, célibataire, début d'une psychose chronique à thème d'influence avec ordre donné, commentaire d'acte.

Depuis 3 ans, évolution malgré les cures de Cerletti mais cependant nettement amélioré par les neuroleptiques grâce auxquels ce malade a pu reprendre le travail.

« Ils me parlent toujours... Je sais bien que c'est quelqu'un, je les entends puisqu'il y en a qui disent : « laisse-le tranquille... » Ils me disent des injures, parfois ils parlent en espagnol, parfois en français... Je sens bien qu'ils me touchent..., ils me serrent la poitrine, çà me fait une cha-

leur..., tant que je ne dormirai pas, je ne serai pas guéri... A me regarder, on dirait que je suis costaud, mais je me sens faible et je ne peux plus rien faire... »

Ce malade bénéficie de l'Assurance Longue Maladie pendant trois ans, avec plein traitement. Sous l'action des neuroleptiques, d'une psychothérapie à sa mesure, il s'améliore un peu. « Je le prends mieux, je les laisse dire, ils me parlent moins souvent, ils sont moins grossiers... ».

Il accepte, bien que bénéficiant toujours de ses droits, de reprendre le travail. Le médecin du travail, compréhensif, accepte la reprise du travail, demande l'affectation dans une bonne équipe, un travail léger. Les camarades auxquels le malade a raconté son affligeante histoire se montrent compréhensifs et veulent l'aider dans les travaux pénibles. Parallèlement, il constate : « quand je travaille, quand je suis occupé, je n'entends rien ; c'est quand je rentre à la maison que je les entends. Alors, je marche pour ne pas penser et pour ne rien entendre ».

Donc, ici, psychose chronique, milieu de travail tolérant et compréhensif, une amélioration de l'état psychique du malade déjà amélioré par les neuroleptiques ; qu'il continue sous l'action de cette revalorisation sociale. (Clinique Neuro-Psychiatrique de la Faculté - Pr. Riser.)

*
**

III. FACTEURS TENANT A L'ENTOURAGE EXTRA-PROFESSIONNEL

Le milieu familial

Il comprend aussi bien les parents, les enfants que le conjoint et le rôle de ce dernier est souvent primordial. *L'accueil*, lors du retour au foyer, est tout particulièrement important.

L'attitude de la famille peut se manifester de différentes façons. Elle peut reprocher au malade de ne pas travailler, qu'elle le lui dise ouvertement ou simplement le lui fasse comprendre et. par son attitude, elle peut l'obliger à une reprise du travail intempestive. C'est rare et la difficulté vient du cas inverse. On rencontre des familles hyper-protectrices qui jouent un rôle néfaste en « courant » leur malade et en l'empêchant de travailler sous prétexte qu'il n'est pas encore complètement rétabli.

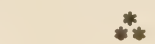
La famille doit apporter un appui au malade et l'importance de cet appui se retrouve dans le nombre particulièrement élevé de rechutes que l'on constate chez des sujets seuls, isolés, logés à l'hôtel.

On peut donc envisager une *première relation triangulaire :* malade - famille - médecin.

La seconde relation triangulaire : malade - famille - sécurité sociale. à cause des prestations de longue maladie, sera envisagée à part.

D'autres facteurs entrent en ligne de compte, notamment la sécurité de la famille et sa composition.

Enfin, l'existence de troubles mentaux ou d'alcoolisme chez les autres membres de la famille sont des facteurs importants de rechute.



IV. - SITUATION A L'EGARD DES ORGANISMES D'ASSURANCES SOCIALES

On peut envisager une relation triangulaire malade - famille - Sécurité Sociale.

La prolongation des prestations peut favoriser la non reprise du travail en freinant chez le malade le « désir de s'en sortir ».

Le « droit » à la longue maladie, à la longue durée, peut entraîner un sentiment de revendication « j'y ai droit » qui entretient la maladie et finit par en créer une nouvelle bien vue dans les cas de congés de longue durée au titre du Statut de la Fonction Publique.

Dans certains cas, enfin, la famille exploite la situation. Elle juge son malade « paresseux » et trouve plus avantageux qu'il reste à l'Hôpital car là, il ne coûte rien et, d'autre part, elle perçoit régulièrement les allocations familiales.

Chapitre IV

DES READAPTATIONS

Le phénomène de la Réadaptation Spontanée, véritable expérience de physiologie de la vie sociale, nous montre, réalisés sur leur mode favorable, les facteurs que nous venons d'envisager.

Ces facteurs manquent pour les cas qui rendent nécessaire la Réadaptation organisée. Comment faire cette *prothèse*, car les organismes de Reclassement officiel sont bien des institutions de prothèse mentale? Telle est la question à laquelle nous essayerons de répondre. Mais avant d'envisager l'étude des mesures à proposer pour la réadaptation organisée, nous allons donner les résultats de l'enquête concernant la réadaptation spontanée.

1. — Réadaptation spontanée :

Il s'agit donc *d'anormaux* qui ont trouvé spontanément l'activité professionnelle convenable à leur état et qui y réussissent, et des *malades et anormaux* qui, ayant présenté un épisode psychopathique assez important avec grosses difficultés professionnelles ou interruption, *d'eux-*

mêmes, spontanément, ont acquis de nouveau une activité professionnelle où ils réussissent.

Sur 794 cas qui ont posé des problèmes d'adaptation et de réadaptation :

634 ont réussi à garder ou à retrouver une bonne activité professionnelle, dont 271 avec la note N et 363 avec la note D.

— Pour 260, il n'y a pas d'épisode morbide marquant et il n'y a pas eu de problème de réadaptation. Pour eux, c'est le problème de leur adaptation première à la vie professionnelle qui s'est posé. Nous avons eu des renseignements suffisants sur 210, en excluant les débiles, problème d'Orientation Professionnelle.

— Pour 374, il y a eu des phénomènes assez graves pour rendre nécessaire une modification de l'activité professionnelle, une réadaptation. Nous avons eu des renseignements suffisants pour 201.

Ainsi, sur un total de 794 cas :

— 160 ont été éliminés de la vie professionnelle.

— 260 sans grosse maladie, ont posé un problème d'adaptation au début. Sur ces 260, nous avons obtenu assez de renseignements pour 210 (les débiles étant éliminés) :

- 199 se sont passés d'accompagnement.
- 11 ont eu besoin d'une aide.

374 ont présenté un épisode assez important ayant rendu nécessaire une reconversion. Les

renseignements suffisants pour 201 nous ont montré que :

- 163 se sont reclassés spontanément ;
- 38 ont été aidés.

L'étude de ces différentes observations nous permet de constater l'importance de certains faits :

- Le désir de se réadapter est un critère de réussite de la thérapeutique, un signe de personnalité forte.

— Choisir son métier soi-même est un stimulant. Le sujet fera plus d'efforts que si d'autres avaient choisi à sa place.

— Cette réadaptation spontanée s'effectue surtout chez des ouvriers spécialisés, beaucoup plus rarement chez des travailleurs sans qualification.

— Si le sujet est reclassé dans son ancienne entreprise, comme cela se produit souvent, il ne sera pas dépaysé.

- Les femmes psychopathes ont plus de difficultés car leurs aptitudes professionnelles sont moins variées et les débouchés offerts plus rares. Mais il ne s'agit pas d'une fragilité mentale particulière.

Ainsi, trois facteurs interviennent dans l'éventualité de l'adaptation et de la réadaptation spontanées :

1) *La dégradation mentale ne doit pas être trop importante.*

La maladie ne doit pas être trop détériorante.

2) *Une personnalité forte et un bon entourage sont nécessaires.*

3) *Une certaine tolérance du milieu professionnel*

Cette tolérance est d'ailleurs à la mesure de l'ingéniosité et de la sagacité des malades.

Voici, à titre d'exemple, deux excellentes réadaptations :

N... est un hypomane. Sujet brillant, Professeur dans une école technique. Après une grande crise qui l'avait conduit « par erreur » en prison, pour insultes à agent, il a compris l'intérêt du Largactil. Depuis quatre ans, il prend la dose qui lui produit un bon équilibre et quand il sent qu'une crise plus forte risque d'apparaître, il vient consulter ou augmente les doses. On le prend au besoin à la Clinique, pendant trois semaines. Tous est réglé d'avance par son Directeur et le résultat général est excellent. (Clinique Neurologique de la Faculté - Pr. Riser.)

P... est un délirant persécuté migrateur du type Foville. Spécialiste du découpage de la soudure au chalumeau. D'abord, il ne s'est pas marié pour ne pas « encombrer ou s'encombrer ». Ensuite, il a repéré des entreprises qui peuvent l'employer en France, en Belgique, en Italie du Nord et dans différents chantiers navals de l'Atlantique en Europe. Et cela établi, depuis 25 ans, il conduit une carrière en tous points parfaite, ayant mis de côté une réserve importante d'argent pour ses migrations quand il ne pourra pas travailler. Il reste entre trois mois et deux ans sur un chantier, il en part au gré de ses poursuivants, et ainsi il a parcouru deux ou trois fois l'Europe, y gagnant une expérience technique incomparable. (Dr Gayral.)

2. — Reclassement organisé :

Nous rappellerons que la *demande de reclassement* effectuée après étude médicale et psychiatrique est adressée au Secrétariat de la Commission Départementale d'Orientation des Infirmes. Après enquête sociale et, à l'is-

sue d'un examen médical, l'handicapé psychique peut être classé :

— soit inapte au travail ;

— soit déficient, mais apte au travail.

Ce n'est que dans cette seconde éventualité qu'un examen psychotechnique est pratiqué. Le dossier est ensuite examiné par la Commission Technique d'Orientation qui l'adresse au Service départemental de la Main-d'Œuvre en indiquant s'il s'agit :

— d'un diminué professionnel à placer dans un poste et un atelier réservés ;

— ou d'un sujet apte à un travail normal immédiatement ou après rééducation professionnelle.

Ainsi, psychopathes et anormaux mentaux se trouvent répartis en trois catégories :

1° Les diminués professionnels.

2° Les sujets aptes au travail normal d'emblée.

3° Les sujets aptes au travail, après rééducation professionnelle.

Cette *rééducation* peut s'effectuer de deux façons, soit par contrat chez un employeur, soit dans un établissement spécialisé de rééducation professionnelle.

Le contrat chez l'employeur peut éviter le problème de l'encadrement si l'handicapé vit dans sa famille ou dans celle de l'employeur.

Quant aux établissements spécialisés, trop souvent ils hésitent à admettre les déficients mentaux à cause du manque d'encadrement, du manque de place...

De toute façon, le problème le plus délicat se pose lorsque la rééducation est enfin réalisée, celui du *placement*.

Comme on le devine, les résultats sont bien médiocres et l'on ne sera pas étonné qu'après toutes ces difficultés, le reclassement organisé fasse vraiment figure de parent pauvre à côté de la réadaptation spontanée dans le tableau suivant qui met en évidence les résultats de notre enquête.

	Adaptation = 210 cas (débiles exceptés)		Réadaptation = 201 cas (cas contrôlés avec précision)		
			Spontanée	Organisée	
	Spontanée	Organisée		Hôp. Psych.	Ecole Spéc.
Total	199	11	163	17	21
Noté N . . .	97	2	59	3	7
Noté D . . .	102	9	104	14	14

Voici les mesures que les médecins du travail, des services de main-d'œuvre et de Sécurité Sociale souhaitent, et tout d'abord, quelques opinions personnelles :

« Il faut insister sur l'intérêt de la remise au travail dans le milieu professionnel antérieur à la maladie, si, bien entendu, il ne constitue pas un risque sérieux (insécurité des camarades, etc...).

— de la remise au travail *progressive*, la progression étant adaptée à chaque cas particulier et surveillée étroitement par le médecin du travail, en *liaison* avec le médecin traitant et le *chef de service* ;

— du dépistage des causes professionnelles qui sont ou peuvent être à l'origine de la maladie ou de ses *rechutes* ;

— de ne remettre au travail, même progressif, que les sujets qui peuvent bénéficier du réemploi, c'est-à-dire ceux qui sont suffisamment stabilisés. Il y a, de la part des spécialistes, une tendance très nette à provoquer trop tôt la reprise du travail alors que l'amélioration acquise est encore incompatible avec les nécessités du service. » (Midi.)

***

« Il nous apparaît personnellement, du fait des nombreuses rechutes de nos sujets, souvent prévisibles par nous qui ne sommes pas spécialisés, qu'il serait nécessaire de constituer un *organisme de surveillance et d'aide* pour les sujets rendus à la vie courante. L'organisation des dispensaires anti-tuberculeux nous en donne le modèle, d'autant que l'aide sociale et morale que ces derniers apportent est certainement aussi importante que la surveillance radiologique qui y est pratiquée. »

« Un seul dispensaire d'hygiène mentale existe à L..., ce qui s'avère insuffisant quantitativement et topographiquement, il s'avère même insuffisant qualitativement car il est dépourvu de tout appareillage (E.E.G., tests, etc...), ce qui nécessite souvent de reconvoquer, pour complément d'examen, le sujet à l'Hôpital Psychiatrique, ce qui est trop souvent *désastreux* au point de vue psychologique ; son organisation sociale réduite à une seule assistante est également très insuffisante. » (Centre Est.)

***

« Il faudrait que les diminués physiques obtiennent des emplois réservés. Mais, à supposer que ces emplois existent, il faudrait fournir aux membres des Commissions chargés d'attribuer cette qualité, une *définition précise*, nette et sans équivoque, non soumise aux interprétations personnelles de ce que la loi entend par un diminué physique.

« Faute de critère précis, toutes ou presque toutes les personnes dont les cas seraient soumis aux avis de la

Commission, risqueraient d'être en toute bonne foi déclarées « diminués physiques ». Ce ne serait plus alors des emplois réservés qu'il faudrait, mais une refonte totale de l'organisation du travail. » (Nord.)

⁂

« En raison du chômage actuel, la Commission départementale d'Orientation des Infirmes et de reclassement des Déficients, ne peut faire que des propositions assez vagues ainsi libellées : « déficients à placer au mieux ». (Nord-Ouest.)

⁂

« Il n'y a pas de doute que lorsqu'on est orienté vers les problèmes de la psychologie et de la psychiatrie, on relève de très nombreux cas dans les milieux du travail.

« Il semble qu'on oublie trop que l'homme vit 24 heures par jour et qu'il arrive à l'usine, au bureau, avec tous ses soucis personnels.

« Or, dans le milieu du travail, on lui demande un effort *maximum* pendant toute la durée du travail. Cette durée du travail est souvent exagérée du fait des heures supplémentaires « qu'il est obligé d'accepter » et contre lesquelles nous, médecins du travail, nous ne pouvons rien faire.

« Si — du fait que chacun de nous doit pouvoir gagner sa vie — nous ne pouvons exercer une sélection rigoureuse à l'embauche, nous devrions avoir « légalement » le droit d'interdire les heures supplémentaires aux sujets qui ne nous semblent pas aptes à ce surcroît de travail. » (Nord.)

⁂

Suggestion : « Relation plus étroite entre le psychiatre et le médecin du travail pour la discussion de chaque cas particulier. Instruction des cadres pour une meilleure compréhension pour le reclassement de ces malades. » (Alsace.)

⁂

« ...Que le travail en milieu normal est préférable chaque fois qu'il est possible mais avec un parrainage destiné surtout à éviter les brimades.

« ...Que les ouvrages spéciaux, à l'intérieur des entreprises, ne peuvent être envisagés pour les seuls anormaux ou débiles mentaux mais que ceux-ci pourraient y être admis au même titre que d'autres déficients tels que mutilés, convalescents, cardiaques, séniles précoces, etc... Le groupage des diverses variétés de déficients étant une condition favorable à l'organisation d'un atelier polyvalent.

« ...Enfin, que l'orientation vers le travail artisanal ou certains travaux agricoles est aussi une solution à envisager à condition que les ambiances aient été accréditées par des enquêtes sociales approfondies. » (Nord-Est.)

Les reponses des médecins du travail sur certains points precis ont été regroupés sous forme de tableau :

Projets et « désideratas »	Oui	Non	Pas d'idée
Travail en milieu normal autant que possible	32	2	0
Travail dans l'ancienne profession autant que possible	34	0	0
Travail dans les ateliers spéciaux à l'intérieur des usines	5	22	7
Travail dans des ateliers protégés hors de l'entreprisee	8	15	11
Grouper les déficients de même nature	4	28	2
Mélanger les diverses catégories de déficients et d'anormaux	8	12	14
Intérêt du placement artisanal	30	4	0
Intérêt du placement rural et agricole	17	15	2
ALLÈGEMENT DU TRAVAIL			
Demi-temps	4	4	impossible = 10
Pas de 3/8	18	0	0
Pas d'heures supplémentaires	17	0	0
10 heures strictes	18	0	0
Service « léger »	2	6	impossible = 10
Formule colonies agricoles et artisanales	17	1	0

Le tableau des pourcentages de notes N, D et I cotant la valeur de la réadaptation selon les diverses catégories nosographiques nous avaient montré les pourcentages élevés de notes D et I dans trois catégories, mis à part les déments. Les plus mauvaises adaptations et réadaptations professionnelles sont rencontrées chez les hypocondriaques, les « caractériels » et les dysharmoniques.

D'autre part, l'enquête nous a montré que l'adaptation et la réadaptation professionnelle sont, dans une certaine mesure, indépendantes du diagnostic nosographique et ainsi nous avons pu voir une excellente reprise de l'activité professionnelle chez certains schizophrènes traités par Cure de Sakel. Ces sujets ont moins de difficultés que par exemple des schizoïdes caractériels. Un déséquilibré instable ou un hypocondriaque agressif dont l'absentéisme est particulièrement remarquable sera moins facilement reclassé qu'un obsédé scrupuleux et, bien que n'entrant pas dans le cadre de notre étude, nous signalerons cependant qu'un épileptique ayant, malgré le traitement, quelques crises, présentera également moins de difficultés qu'un épileptoïde violent et coléreux.

Quelles sont les raisons des échecs du reclassement organisé ?

A côté d'une mauvaise orientation et des difficultés éprouvées pour trouver des débouchés, une place importante doit être accordée à la méfiance habituelle qu'inspirent les cas de psychiatrie, au manque de place dans les établissements de formation professionnelle, à un défaut d'encadrement.

Autrement dit : il s'agit des cas les plus difficiles

(ceux qui n'ont pas réussi seuls) où la dysharmonie et l'instabilité prédominent.

Le reclassement organisé cherche sa formule administrative et sociologique.

Quelles sont les formules que l'on peut envisager?

Le « Centre de Formation Professionnelle pour déficients mentaux ». Il a l'avantage de prendre en charge complètement l'handicapé mental et d'assurer la surveillance médicale.

Le « Centre de Formation Professionnelle » normal. Il peut, lui aussi, assurer la rééducation si le déficient mental est hébergé dans un établissement de post-cure qui assure la surveillance médicale.

Cependant dans ces deux cas, ni le problème du placement, ni celui de l'encadrement lorsque le sujet encore fragile vient juste de reprendre son activité professionnelle, ne sont résolus.

Notons d'ailleurs que cette fragilité empêche parfois la solution « Centre de Formation Professionnelle ».

Des foyers de post-cure existent déjà depuis un certain temps dans la région parisienne (l'Elan retrouvé) et grâce aux sociétés de Croix Marines.

Une excellente solution proposée serait la formule « Hôpital de Nuit ».

On a également proposé la création d'ateliers de réadaptation annexés à l'hôpital psychiatrique, mais différents de l'atelier d'ergothérapie.

CONCLUSIONS

I. — Nous avons fait une enquête sur l'activité professionnelle et le reclassement des psychopathes et des anormaux mentaux auprès des médecins du travail en particulier. Nous avons recueilli les observations de malades de la Clinique Neuro-Psychiatrique de la Faculté (Pr. Riser). d'une clinique privée, d'une consultation d'Hygiène Mentale, d'un Service d'Hôpital Psychiatrique. Au total, notre enquête a porté sur 794 cas.

II. — Il est nécessaire d'effectuer un classement des malades. On a adopté celui-ci :

1. *Débiles mentaux.*
2. *Psychopathes*, cyclothymiques, délirants, schizophrènes, déments.
3. *Anormaux mentaux*, névrosés, hypocondriaques, caractériels, dysharmoniques.

III. — Il ressort de notre enquête et des réponses des médecins du travail, que le reclassement et la réadaptation des psychopathes et anormaux mentaux sont particulièrement difficiles à réussir.

IV. – Certains symptômes particuliers au milieu de travail doivent attirer l'attention des médecins du travail. Ce sont :

- Les changements fréquents d'emplois ;
- Les accidents de travail répétés ;
- L'absentéisme ;
- La lenteur dans le travail ;
- Les difficultés de caractère ;
- Le phénomène « d'allergie au travail ».

V. — L'étude du reclassement et de la réadaptation des 794 cas a pu être conduite en suivant une division voisine de la nosographie psychiatrique classique. Des réadaptations de valeur existent dans toutes les catégories. Les anormaux, caractériels, déséquilibrés et névropathes constituent le groupe le plus important et le plus difficile à reclasser.

VI. — Parmi les circonstances extérieures à la personnalité des malades qui favorisent la désadaptation d'origine psychique, il faut noter celles qui tiennent aux conditions de travail, fatigue, changement du rythme des heures de travail, tension et les conditions hors du lieu de travail, éloignement du domicile, habitat, trajets de midi.

VII. — Il apparaît nettement que les conditions extérieures aux perturbations de la personnalité, gardent une influence secondaire quelles que soient les apparences, et qu'en définitive, le problème psychiatrique a toujours, et de loin, la première importance.

VIII. — Les facteurs psychologiques à considérer en vue de la réadaptation sont :

- La nature de la maladie mentale et la profondeur du déficit.

— Le caractère et la sociabilité, la stabilité psychique, le sens des initiatives et des responsabilités qui est particulièrement important, les tendances perverses.

— L'habileté et le délié psychomoteur.

Le niveau général intellectuel et culturel.

— L'importance du « désir de s'en sortir ».

— La rareté des crises et l'espacement des rechutes.

— La durée de l'arrêt du travail.

L'échec ou le succès lors de la première tentative de réadaptation.

Enfin l'efficacité de la thérapeutique qui occupe depuis quelques années une place au premier rang et à laquelle on doit accorder une importance primordiale.

D'autres facteurs tiennent à l'entourage professionnel : accueil, solidarité et tolérance de ce milieu. Des facteurs tiennent à l'entourage extra-professionnel, au milieu familial.

On peut résumer les facteurs « extra-maladifs » en deux relations triangulaires : malade - famille - médecin et malade - famille - sécurité sociale.

IX. — Sur 794 cas, 634 ont réussi à garder ou à retrouver une activité professionnelle. 160 ont été éliminés.

Les renseignements suffisants pour 411 cas de réadaptation (à l'exclusion des débiles) nous ont permis de constater que 362 s'étaient reclassés spontanément et 49 avaient bénéficié du reclassement organisé.

X. — Il faut considérer bien à part la réadaptation spontanée, véritable expérience de physiologie de la vie sociale, dont la grande fréquence a constitué la surprise de notre enquête. On reste étonné de l'ingéniosité qu'ont les anciens malades ou certains anormaux pour se reclasser.

Les deux facteurs de cette réadaptation spontanée sont la nature de la personnalité du malade et secondairement l'aide extérieure, notamment familiale.

XI. — Le reclassement organisé qui a intéressé 49 de nos malades est toujours inférieur à la réadaptation spontanée. Cela se comprend car il s'agit des malades les plus difficiles chez lesquels la dysharmonie et l'instabilité prédominent. Les organismes de reclassement sont peu nombreux : on se heurte au manque de place dans les centres de formation professionnelle. Enfin ces difficultés tiennent souvent à un défaut d'encadrement.

XII. — L'avenir s'ouvre donc sur l'intérêt considérable qui s'attache aux organisations de prise en charge des psychopathes et des anormaux mentaux en cours de réadaptation professionnelle dont le modèle est donné par des Institutions telles que : « Hôpitaux de nuit » et « Home de post-cure ».

Vu : *Le Président de Thèse,*

M. RISER

Vu : *Le Doyen,*

G. LAZORTHES

Vu et permis d'imprimer

Toulouse, le 15 mars 1961

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université :

P. DOTTIN

BIBLIOGRAPHIE

1. Alliez, Savy et Mlle Bernard. — Reclassement professionnel des immigrés et des transplantés déficients mentaux. - 6es *Journées Nationales de Médecine du Travail*, Toulouse, 1960.

2. Amiel (R.). — La post-cure psychiatrique. - *Informations sociales*, nov. 1956, n° 10, p. 1195.

3. Bize (P.). — Les réactions psycho-névrosiques en milieu de travail. *Sem. des Hôp. de Paris*, 26 juin 1950, n° 47.

4. Chatagnon (P.) et Wolff (E.). — A propos de la réhabilitation des diminués physiques et leur placement social. *Ann. Médic. Psych.*, p. 213, 1947, t. I, n° 2, février.

5. Déro (M.). — L'épileptique au travail. *Thèse Toulouse*, 1960.

6. Doussinet (P.). — *a*) Points de vue techniques et pratiques sur la réadaptation sociale des handicapés psychiques et leur placement social. *Revue prat. de psychologie de la vie sociale et d'Hygiène Mentale*, 1958, n° 4, p. 132. — *b*) Indications sur les Foyers Protégés. *Revue Prat. de psychologie de la vie sociale et d'Hygiène Mentale*, 1960, n° 3, p. 151.

7. Doussinet (P.). — La récupération professionnelle et sociale des déficients sensoriels et des handicapés psychiques. *Hygiène Mentale*, 1950, n° 2.

8. Dublineau (J.), Hivert (P.) et Unal (G.). — *a*) Essai de maintien dans le cadre de l'Hôpital Psychiatrique d'alcooliques chroniques administrativement sortis. *Annales de Médecine Psychologique*, 1960, n° 4, 11,

nov., p. 754. — *b*) L'Hôpital Psychiatrique et les problèmes externes de réadaptation. *Annales de Médecine Psychologique,* 1960, n° 4, *11,* nov., p. 760. — *c*) La perspective industrielle dans la réadaptation sociale. *Annales de Médecine Psychologique,* 1959, n° 4, *11,* nov., p. 694.

9. Duchêne (H.). Les services psychiatriques publics extra-hospitaliers. *Rapport, Congrès de Psych. et Neurologie,* Tours, 1959.

10. Gayral (L.) et Stern (H.). — Les névroses post-traumatiques en pathologie du travail. *Soc. de Méd. du Trav.,* Toulouse, 27 juin 1953.

11. Gayral (L.) et Stern (H.). — Activité professionnelle et reclassement des psychopathes et des anormaux. 6es *Journées Nationales de Médecine du Travail,* Toulouse, 1960.

12. Gayral (L.). — L'emploi et la réhabilitation professionnelle des petits psychopathes. *Arch. des Malad. Profes.,* p. 417, n° 5, 1955.

13. Gayral (L.). — L'involution des fonctions psychiques et neurologiques en Médecine du Travail. *Arch. des Maladies Professionnelles,* tome 18, n° 5, 1957, p. 571-592.

14. Gayral (L.). — Hygiène et prophylaxie mentale des adolescents au travail. *Arch. des Malad. Prof.,* tome 17, n° 4, 1956, p. 311.

15. Gayral (L.). — Aspects psychologiques et hygiène mentale de la femme au travail. *Arch. des Malad. Prof.,* tome 17, n° 6, 1956, p. 605.

16. Gayral (L.) et Dauty (R.). — Les nouvelles chimiothérapies en Psychiatrie. *Congrès de Psych. et Neur.* 1957, un vol., Masson édit., Paris.

17. Géraud (J.), Bourret (J.), Huron (R.), Barrère (L.) et Cavalié (B.). — Les problèmes posés par l'intégration et le maintien dans les milieux du Travail des Traumatisés craniens, 6es *Journées Nationales de Médecine du Travail,* Toulouse, 1960.

18. Kohler (C.) et Collaborateurs. — Le jeune débile mental dans le monde normal du travail. *Revue Prat. de Psychol. de la vie sociale et d'Hygiène mentale,* 1960, n° 3, p. 139.

19. Lambert et Coll. — Le regroupement des activités extra-hospitalières dans les limites d'un secteur géographique. *Ann. Médico-Psych.,* p. 180, janvier 1959, tome I, n° 1.

20. Le Guillant et Sivadon. — Reclassement professionnel des Malades sortis des Hôpitaux Psychiatriques. *Rev. d'Hyg. et de Méd. Sociale,* p. 766, 1957, tome 5, n° 8.

21. Maurin (P.). — Aspect psycho-somatique des sujets prédisposés aux accidents. *C. R. des Journées de Pathologie Minière,* oct. 1958.

22. Ormières (M.). — Des problèmes posés en Médecine du Travail par les traumatisés craniens. *Thèse Toulouse,* 1961.

23. Riser (M.). — L'épileptique au travail. 6es *Journées Nationales de Médecine du Travail,* Toulouse, 1960.

24. Riser (M.), Gayral (L.) et Huron (R.). — Psychologie des traitements neuroleptiques extra-hospitaliers de long cours. Cycles favorables et cycles pathogènes. 3e *Colloque de Psychologie Médicale,* Lausanne, 1960.

25. Riser (M.) et Gayral (L.). — Cycle psychothérapique et Chimiothérapie. *Congrès International de Psychothérapie,* Vienne, 1961.

26. Robinson (M.-F.) et Freeman (W.). — *Psycho-Surgery and the self,* 1 vol., 124 p. (Grune et Stratton, ed.), New-York, 1954.

27. Sivadon (P.). — Le centre de traitement et de réadaptation sociale de Ville-Evrard. *Ann. Méd. Psych.,* p. 166, 1949, t. I, n° février.

28. Sivadon (P.) et Coll. — *a*) Une expérience sociologique de dix années. — *b*) L'ergothérapie au C.T.R.S. de Ville-Evrard. *Ann. Méd. Psych.,* p. 533, 1958, octobre tome II, n° 3.

29. Sivadon (P.), Amiel (R.) et Baume (S.). — Trois années de fonctionnement d'un centre de post-cure pour malades mentaux. *Ann. Méd. Psych,* n° 1, tome II, 1960, juin.

30. Tubery (P.). — La réadaptation professionnelle des lobotomisés. *Thèse Toulouse,* 1956.

31. Vallade (L.). — Reclassement professionnel des handicapés psychiques et homes de post-cure. *Inform. Psychiatrique,* janv., 1957, p. 7.

32. Veil (Cl.). — Le reclassement professionnel. *Informations sociales,* nov. 1956, p. 1207.

33. Veil (Cl.). — Données pratiques sur le reclassement professionnel des malades mentaux. *Ann. Méd. Psych.*. 1956, tome I, n° 2, février.

34. Veil (Cl.). — Les états d'épuisement. *Concours Médical,* n° 23, 6 juin 1959.

35. De Verbizier (J.). — La crise de réadaptation sociale à l'occasion de la reprise du travail. *Thèse Paris,* 1954.

36. Le travail à mi-temps. *Journées de Santé Mentale de* 1957, in *Hygiène Mentale* (Doin, éd., Paris), n° 1, 1958.

37. La reprise du travail. *Journées de Santé Médicale,* 1956, in *Hygiène Mentale* (Doin, éd., Paris), tome 46.

38. Les rythmes du travail. *Hygiène Mentale* (Doin, éd., Paris), 1956, n° 1, tome 46.